



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA CIENCIA POLITICAS Y SOCIALES

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

**“ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL
FRENTE AL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA”**

Trabajo de graduación, previo a la
obtención del título de licenciada en
Trabajo Social

Autora:

Marcela Analí Cordova Carvajal

Director:

Mst. Francisco René Astudillo Lucero

Cuenca - Ecuador

2016



RESUMEN

La presente monografía; “Estrategias de intervención desde el Trabajo Social frente al suicidio en la adolescencia” aborda, entre otras, las siguientes temáticas; definiciones y tipos de suicidio; factores que influyen en el suicidio de la adolescencia y las causas que generan este problema de salud pública.

El “sujeto” central de la investigación es la adolescencia, grupo etario donde el suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte. La conducta suicida, también es abordada; considerando los cambios y características psicológicas que es determinante para detectar estos comportamientos y poder prevenirlos e intervenir desde diferentes perspectivas profesionales, en donde el trabajo multidisciplinario es la base de la intervención especializada. En este escenario de multidisciplinariedad la tarea del Trabajador Social es caracterizada, en la monografía, como la del profesional que dinamiza armónicamente la acción de los profesionales involucrados, apoyándose en lo psicoeducativo y en la definición del escenario social.

Finalmente se plantean estrategias y alternativas conceptuales y metodológicas, para prevenir el suicidio en la adolescencia y como intervenir con sus familias y allegados. La propuesta metodológica que se enfatiza como estrategia, para prevenir el suicidio, es el trabajo de equipo multidisciplinario, en dónde; psicólogos, médicos, psiquiatras, enfermeras, educadores, orientadores familiares y trabajadores sociales, aúnan esfuerzos para prevenir este flagelo y con la finalidad de relacionar lo conceptual y metodológico desde la práctica profesional se transcribe una entrevista a profundidad con un médico psiquiatra de uno de los hospitales de la localidad.

Palabras Claves: Intervención, Suicidio, Adolescencia, Multidisciplinar edad, y Trabajo Social.



ABSTRACT

This monographic work titled “Intervention Strategies from the Perspective of Social Work against Suicide in Adolescence” deals with, among others, the following topics: definitions and types of suicide, factors influencing on suicide in adolescence, and the causes which generate this public health problem.

The central “subject” of this research is adolescence, an age group where suicide has become the third cause of death. A suicidal behavior is also dealt with in this work, by considering the changes and psychological characteristics which are decisive for detecting these kinds of behavior so as to prevent them and intervene from different professional perspectives, where multidisciplinary work is the basis for specialized intervention. In this scenario of multidisciplinarity, the job of a Social Worker is characterized, in this monography, as a task carried out by a professional who harmonically invigorate the action of other professionals involved in it by relying on the psycho-educational area and on the definition of the social scenario.

Finally, certain strategies and conceptual and methodological alternatives are proposed in order to prevent suicide in adolescence, as well as to teach their families and close friends how to deal with this problem. This is then a methodological proposal which defines itself as a strategy to prevent suicide and it is the job of a multidisciplinary team where psychologists, medical doctors, psychiatrists, nurses, educators, family counselors, and social workers participate, with the purpose of helping to prevent this calamity and relate both concepts and methodologies in professional practice. A profound interview with a psychiatrist working in one of the local hospitals has been transcribed.

Key words: intervention, suicide, adolescence, multidisciplinarity, and social work.



INDICE GENERAL

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INDICE GENERAL	4
AGRADECIMIENTO	8
DEDICATORIA	9
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPITULO I	13
ASPECTOS GENERALES	13
1.1 Historia del Suicidio.....	13
1.2 El Suicidio en la Historia	14
1.3 Aspectos Históricos del Suicidio	17
1.4 Definición del Suicidio	19
1.5 Tipos de Suicidio.....	20
1.5.1 El Proceso Suicida:.....	22
1.5.2 Suicidio y Grupos Etarios	24
1.6 La Adolescencia y el Suicidio	26
1.7 El Medio Ambiente y la Conducta Suicida:	29
CAPITULO II	32
EL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA.....	32
2.1 El Suicidio en la Adolescencia en el Ecuador:	33
2.2 Factores de Riesgo Suicida	35
2.4 Factores Protectores en la Adolescencia frente al suicidio	39
2.5 El Comportamiento Suicida en la Adolescencia.....	40
2.6 Causas Principales que Conllevan a Cometer un Acto Suicida	41
2.7 Que hacer cuando se sospecha que un Adolescente puede intentar Suicidarse....	42
2.8 Para conversar con un adolescente que tiene pensamientos suicidas se necesita seguir los siguientes pasos:	43
<i>2.9 Cuando se realiza la conversación con el adolescente el profesional debe tener en cuenta que no debe hacer lo siguiente:</i>	44
2.10 Prevención del Suicidio en la Adolescencia	44
2.11 Mitos del Suicidio	45



10-Mito: Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.	49
infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.....	49
Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea,reduce el peligro de cometerlo	49
Los mitos sobre el suicidio, el suicida y los que intentan el suicidio constituyen obstáculos para la prevención de dicha conducta, por lo que se impone que sean divulgados y junto a ellos los criterios científicos para que la población tenga más recursos para enfrentar a los individuos en riesgo.(Perez,239).	49
2.12 Familia del Adolescente Suicida	49
.....	51
CAPITULO III	52
ESTRATEGIAS DEL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE AL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA....	52
3.1 El Suicidio en la Adolescencia: Búsqueda de Estrategias desde el Trabajo Social..	52
3.2 Intervención de la Trabajadora/or Social en el Equipo Multidisciplinario frente al Suicidio.....	53
3.3 Los Trabajadores Sociales y la intervención en la diversidad de los problemas relacionados con la salud.	54
3.4 La Investigación Social y la Evaluación Socio-Económica.	55
3.5 El Trabajador Social: Modelo de intervencion en crisis	57
3.6 Alternativas y destrezas operativas que debe manejar el o la Trabajadora Social para la Prevención del Suicidio	68
3.7 Estrategias de Intervención Frente al Suicidio en la Adolescencia	72
3.7.1 Estrategia 1: “Escuelas Saludables”	73
3.7.2 Estrategia 2: “Desarrollo de Programas Escolares de Prevención”	74
3.7.3 Estrategia 3: “Prestar especial atención al personal y los estudiantes vulnerables”	75
3.7.4 Estrategia 4:“Restricción del acceso a métodos letales”:	76
CONCLUSIONES:.....	87
RECOMENDACIONES:.....	90
BIBLIOGRAFIA.....	91



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CLAUSULA DE DERECHO DEL AUTOR

Marcela Analí Cordova Carvajal, autora de la Monografía "Estrategias de Intervención desde el Trabajo Social frente al Suicidio en la Adolescencia", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de licenciada en Trabajo Social. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Junio del 2016.

Marcela Analí Cordova Carvajal

C.I. 1400983555



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Marcela Analí Cordova Carvajal, autora de la tesis "Estrategias de intervención desde el trabajo social frente al suicidio en la adolescencia", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Junio del 2016.

Marcela Analí Cordova Carvajal

C.I. C.I. 1400983555



AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a nuestro padre celestial por haberme bendecido al darme la sabiduría, fortaleza, inteligencia y la más grande predisposición para superar las dificultades que se me han presentado en mi camino, y las fuerzas necesarias para seguir adelante y alcanzar mi meta deseada.

Agradezco a mi madre por su apoyo incondicional, ya que de una y otra manera me inspiro para seguir adelante, ya que ella fue y es un pilar fundamental en mi vida. También un agradecimiento especialmente a mis hermanas , y sobrinitos. Y a todas las personas que siempre han estado junto a mí, brindándome su apoyo.

Es importante recalcar mis agradecimientos a la Universidad de Cuenca, a la Facultad de Jurisprudencia; Escuela de Trabajo Social donde adquirí todos mis conocimientos necesarios para formarme como profesional, también agradezco a mis profesores que me han enseñado especialmente a crecer como persona e inculcando valores que serán necesarios para mi vida.

Agradezco a al Máster Francisco Astudillo que siempre ha sido mi guía para seguir adelante y cumplir mi meta anhelada, ya que con sus conocimientos he podido día a día ser mejor.



DEDICATORIA

Dedico esta monografía en primer lugar a DIOS, a mi madre, pilar fundamental para alcanzar este logro, a mis familiares.

A Dios por permitirme alcanzar mi meta esperada, a mi madre que ha sido mi pilar fundamental siempre, a mi padre aunque ahora no está conmigo sé que desde el cielo el me desea todo lo mejor.

A mis hermanas a mi sobrina y a mi sobrino que han sido muy importante para mí brindándome su amor siempre.

A toda mi familia que siempre me han inculcado valores y que han creído en mí para cumplir mi sueño.



INTRODUCCIÓN

En la sociedad de hoy, el suicidio es uno de los problemas más frecuentes que afecta prioritariamente a los/as adolescentes. Esta problemática se ha convertido en la tercera causa de muerte, en este grupo etario, a nivel mundial; consecuentemente los intentos de suicidio se presentan con mayor frecuencia lo que significa que se ha convertido en un problema de salud pública.

Este problema social sucede por complicaciones propias de esa edad en la que experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismo, presión para lograr éxito, incertidumbre, baja autoestima, depresión, conflictos familiares, miedos al fracaso, entre otras causas, que se desarrolla a lo largo de esta investigación.

La presente monografía que lleva por título “Estrategias de intervención desde el Trabajo Social frente al Suicidio en la adolescencia”; está estructurada por capítulos:

En el primer capítulo se aborda; aspectos generales, historia, definiciones del suicidio, al igual que los tipos, el proceso o etapas de esta temática, los grupos etarios y el análisis del tema en la Adolescencia.

En el segundo capítulo se desarrolla con más profundidad el suicidio en la adolescencia y su realidad en el Ecuador, los factores de riesgo, el comportamiento del suicida adolescente, causas principales que conllevan a cometer el acto suicida, prevención del suicidio y la familia de adolescente suicida.

En el tercer capítulo se propone alternativas, destrezas y estrategias conceptuales y metodológicas para la prevención de este flagelo desde la perspectiva del Trabajo Social.



Finalmente se concluye con una entrevista al médico psiquiatra que comparte su experiencia profesional y detalla el trabajo multidisciplinario que realizan los profesionales frente a la tentativa del suicidio, desde la visión institucional en la que labora. (Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho).



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES





CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

El presente capítulo aborda aspectos generales sobre el tema del suicidio, es necesario conocer y comprender esta problemática para sustentar conceptual y metodológicamente la presente investigación; “Estrategias de intervención desde el trabajo social frente al suicidio en la adolescencia”.

Se intenta realizar, un estudio profundo del suicidio que parte desde una visión histórica, sustentándola en una definición de lo que significa esta acción humana para diferentes autores, los tipos de suicidio en nuestra sociedad, el proceso suicida intentando comprender el momento en que se produce la crisis y el paso al acto, el suicidio en grupos etarios, con énfasis en el suicidio en la dolencia, caracterizar lo relevante de esta problemática como una matriz teórica y metodológica, que permita entender este problema de salud pública desde una propuesta que como Trabajadora Social, se pueda proponer. En consideración de la magnitud de la problemática que en la actualidad afecta prioritariamente a los/as adolescentes y a sus familias.

1.1 Historia del Suicidio

Es importante plantear una visión histórica del tema, por tanto, se puede afirmar que el suicidio o la acción suicida, es tan antigua como el propio Ser Humano, la historia cuenta desde la antigüedad, que el suicidio se da desde tiempos inmemoriales, en diferente épocas y distintos lugares; lo que ayuda a comprender la magnitud de este fenómeno social, que desconcierta a las sociedades de todos los tiempos y espacios. En la antigüedad, el análisis de este comportamiento se lo hace sin priorizar a ningún grupo etario en razón que esta conducta se da en todos los grupos y no principalmente en la adolescencia.



El autor G, Deshaies señala que el estudio histórico del suicidio puede abordarse bajo dos perspectivas. La primera basada en aspectos socio-culturales en determinados espacios geográficos y la segunda en la historia del pensamiento, que sobre el tema, tratan varios autores y corrientes, lo que equivale a decir; el suicidio en la historia y autores y aspectos históricos del suicidio.

1.2 El Suicidio en la Historia

El tema se basa en los aspectos socio-culturales y sobre la forma, en que se da, como se juzgó, sintió y comprendió el suicidio en diferentes épocas. En todos los tiempos el ser humano ha intentado ejercer sobre sí mismo el derecho a la vida y muerte.

Pasando revista a los grandes periodos de la historia, se puede esbozar, los factores que en algún país y determinada época, llevaron al ser humano al suicidio. El análisis sobre el suicidio en la historia comenzará en el Asia caracterizando las diferentes formas de como sucede este hecho.

En la india, por ejemplo, desde la antigüedad sucede bajo la influencia considerable del brahmanismo, los sabios de esta corriente religiosa buscan el Nirvana; que significa liberación de todos los males, la “nada absoluta”, frecuentemente se quitaban la vida durante la fiesta religiosa, como la expresión máxima de su evolución espiritual.

Por otro lado, en el Tíbet y en la China; bajo, el impulso de corrientes religiosas sustentadas en lo que plantearon; Buda y Siddhartha Gautama el rito de quitarse la vida se expandió distinguiéndose dos tipos de suicidas; el primero que buscaba la perfección o transcendencia de la persona; y el segundo que pretendía huir ante el ataque del enemigo.



En Japón; el concepto de honor incitaba a los nobles hacerse el hara-kiri, que significa literalmente “«corte del vientre» es una muestra del suicidio o ritual japonés por desentrañamiento. Durante el culto, algunas personas no dudaban en asumir esta práctica ritual, para alcanzar el lugar donde habitan sus divinidades.

En Egipto; se invocaba a la muerte como una manifestación de liberación de sus “pecados”, los partidarios de esta práctica se agrupaban en asociaciones, que buscaban los medios más agradables para provocarse la muerte.

En Grecia y particularmente en Atenas, su capital; se condenaba el acto suicida, despojando de la posibilidad de una sepultura al cadáver, a la vez que, se le amputada su mano derecha que era enterada en otro lugar como signo de censura, de esta práctica.

En Roma; la practica suicida era frecuente y numeroso, principalmente en el periodo de la decadencia del Imperio Romano; el suicidio entre los esclavos, era frecuente aunque prohibido, a los que fracasaban en el intento de quitarse la vida, se los castigaba severamente, los soldados romanos pertenecían al Estado y por consiguiente no podían disponer de sus vidas, sin embargo tenían el derecho de auto destruirse, en caso de sufrimiento intolerable.

Galia y Germania.- En estas provincias romanas del norte y occidente de Europa, dominadas o gobernadas por del Imperio Romano; el suicidio fue frecuente, se dice que, en Germania, se dieron muchísimos suicidios de carácter religioso; fundamentada en la mitología del Walhalla, que tenía como finalidad el abrir las puertas del templo Walhalla (salón de los caídos), en donde se supone se encontrarían con Héroes y Dioses legendarios que esperaban a los suicidas para dar la “batalla del fin del mundo” que significa dar la honra a los fallecidos.

También los adultos mayores y las mujeres se suicidaban frecuentemente, se mataban entre amigos al finalizar los banquetes, las viudas se sacrificaban por los cuerpos de los esposos desaparecidos.



Por su parte los Galos con frecuencia preferían la muerte a ser esclavos, de los invasores romanos, se concluye por tanto que el suicidio fue una práctica frecuente en estas dos provincias romanas, hoy Alemania y Francia. También el Cristianismo prohíbe el suicidio, así; “No mataras al otro ni a ti mismo, ya que el que mata no es acaso el asesino del ser humano” como cita Pierre Moron en su libro; el suicidio. Fueron varios los concilios que se pronunciaron sucesivamente, en el mismo sentido, principalmente a los suicidas se les niega la sepultura, de hecho esta pena sustituye a la legislación de esa época, sin embargo el derecho canónico (conjunto regulado de las normas jurídicas que reglamentan la organización de la iglesia católica), conservo y observo esta práctica desde un enfoque moral (desde la dogmática).

Es necesario recalcar que en la Edad Media; el derecho canónico castigaba el suicidio, por ejemplo, en Francia en San Luis, se estableció la primera legislación positiva que penaba esta práctica social; notándose la disminución de los suicidas, a pesar de la miseria económica y social en la que se desenvolvían los ciudadanos entre los siglos V y XI.

Por otra parte, en los siglos XII y XIII se registraron muchos casos de suicidio, el castigo fue violento, tanto religioso como secular. El cadáver del suicida se arrastraba sobre un tejido de superficie plana, sobre el cual se lo ponía al suicida de cara al suelo y luego se le exhibía por las calles.

Tomas de Aquino precisó la doctrina, de la iglesia que admite un poco más tarde las irregularidades del derecho romano, al implantar el concepto del suicidio patológico, y por ello, la disculpa de esta acto, hasta entonces considerado pecaminoso.

Al inicio de la Revolución Francesa, se mantiene todavía la represión del suicidio. La declaración de los Derechos del Hombre, proclamado la libertad humana, por lo que derrumba las sanciones existentes al respecto; notándose que estos acontecimientos jurídicos acerca de los derechos incrementaron, los suicidios.



Cabe señalar que en el siglo XIX la cantidad de suicidios aumento; será por la influencia de la transformaciones económicas, políticas y humanas, es decir sociales o por los factores culturales.

En la actualidad se configuran las llamadas, asociaciones del “derecho a morir con dignidad” consolidandose espacios denominados “clínicas para asistir a los suicidas”; lo que la bioética denomina la Eutanasia Voluntaria. Este breve desarrollo del “suicidio a través de los años” ofrece una diversidad de conceptos, que ha permitido presentar el criterio de universalidad de la idea del suicidio en la historia. (Moron,5-9).

Para complementar esta visión histórica es importante conocer el pensamiento de autores relevantes, desde sus diferentes perspectivas.

1.3 Aspectos Históricos del Suicidio

Para realizar esta reseña histórica se plantea considerar algunos aportes bibliográficos significativos y estudios que sobre el tema lo han realizado pensadores, filósofos, psicólogos, y psiquiatras. El análisis que se propone a continuación, pretende considerar lo más relevante de algunos autores:

El término “suicidio” se utilizo por primera vez en 1737; posteriormente lo retomaron los enciclopedistas, pero hubo que esperar hasta el siglo XIX, época caracterizado por su avidez, de conocimientos científicos, para aborda su estudio. Desde esa época surgen dos escuelas, cada una proponiendo sus tesis sobre la determinación de suicidarse; una psiquiátrica “que busca un principio de explicación dentro del individuo”; y la otra; sociológica “que lo busca en el entorno social”. El fundador de la doctrina psiquiátrica, fue **Jean Esquirol** (Psiquiatra Francés) en 1838, al argumentar la frecuencia de la reacción suicida en el estudio de la patología mental entonces naciente, lo sitúa como síntoma psicópata: “No existe ningún individuo por el que no haya atravesado la idea del suicidio, y hasta la idea de precipitarse al encontrarse en un lugar elevado, o bien a ahogarse, al pasar por un puente...



El ser humano infringe contra su vida solo en el delirio, y todos los suicidas están alienados”. (Esquirol). Citado por Pierre Morron en su libro; El Suicidio.

Por lo tanto como refiere el autor mencionado, esta teoría fue adoptada por la mayoría de psiquiatras.(Georget ,Cazauvieilh, Briere de Boismont, Chaslin, M. de Fleury, Adler, Charles Blondel) algunos con sus conocimientos ampliaron más sus límites.

Otros autores admiten que no todos los suicidas son psicópatas visibles, pero que, en el momento del acto suicida, al menos se encuentran en un estado afectivo o emocional patológico; siendo su instinto de conservación natural, tanto en el ser humano como en el animal, su neutralización o su supresión supone a una causa mórbida.

Emilio Durkheim (Sociólogo, Francés 1897) y la escuela sociológica, basaron su interpretación en un estudio estadístico sistemático. El suicidio representa, principalmente un fenómeno firme que no puede explicar los actos individuales; también es el resultado de un condicionamiento de conjunto de influencias familiares, sociales y religiosas; por otro lado, la sociología marxista hace del suicidio, un fenómeno atado ante todo a las estructuras capitalistas de la sociedad.

Consecuentemente en una sociedad sana, idealmente comunista, no existirían suicidios; está claro que se trata de una interpretación de los hechos ubicada en un plano behaviorista, según la cual solo la conducta exterior explica el comportamiento suicida; desconociendo el problema esencial de la personalidad del suicida, en una palabra, renuncia abordar el problema del suicidio a nivel clínico y rechaza a reconocer el sentido mismo del acto suicida.



Es así, como nace la teoría psicológica del suicidio, que al utilizar simultáneamente los métodos estadísticos y psicopatológicos, afrontan al suicidio bajo su aspecto físico, psíquico y social. En efecto, parece que el propósito de la tentativa del suicidio no es nada más la muerte; sino es tomar una posición respecto al grupo y a la sociedad, esta concepción del acto suicida permite a los sociólogos, los estadísticos, tanto como a los psicólogos y psiquiatras, a estudiar dentro de diferentes perspectivas. (Moron, 9-12).

1.4 Definición del Suicidio

Es importante conocer diferentes definiciones o puntos de vista que definen al acto suicida.

A continuación siguiendo al autor Josep Moya se propone una definición de carácter etimológico; la palabra suicidio deriva del latín y se compone de dos términos: sui, que significa; de sí mismo, y caedere, que es igual a matar. Por tanto el suicidio, es “matarse a sí mismo”.

Las expresiones suicidio o intento de suicidio se refieren al deseo de buscar la muerte, que en el primer caso se consigue y en el segundo no; sin embargo, las cosas no son tan simples en la realidad; en razón que en ocasiones, existen intentos de suicidio en los que la muerte no se ha consumado por diversas causas, sin embargo en otros casos la muerte ni se buscaba ni se pretendía remotamente. (Moya, 3).

Pedro Monlau; mencionan que el suicidio es un atentado contra Dios, la sociedad y contra sí mismo, puede ser considerado como el delirio, que hace olvidar las obligaciones más sagradas, y hasta el sentimiento de la propia conservación, para liberarse de padecimientos físicos o morales, que no se tiene valor de soportar. (Monlau, 365). En esta definición se incorpora el aspecto espiritual en donde Dios es centro de análisis de la vida y los componentes sociales se apoyan en una visión de carácter psicológico.



Pierren Morron; expresa; “Citamos suicidio a todo acto de muerte que resulta directa o indirecta de un hecho, positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que va a producir dicho resultado”. Al igual que Quidu el autor en mención surgiere, que conviene adoptar una definición más profunda que aborde la conducta suicida bajo sus diferentes manifestaciones y cita los siguientes aspectos:

- El suicidio es calificado como un acto de matarse, suceso que se logra y se consume con la muerte, o la tentativa del suicidio, acto incompleto que asume como resultado de un fracaso.
- La idea del suicidio, es simple representación mental del acto, teóricamente debe excluirse de un estudio sobre la conducta suicida, por definición comienza con el gesto, (sin embargo es considerada como acto virtual, podemos encontrar en ella, así como en las conductas anteriores, la misma pulsión, instinto, afectivo; la intención y deseo de matarse). (Moron, 12-13).

Finalmente se presenta la definición que la investigación considera válida porque pretende integrar las variables propuestas por los diferentes autores citados: El suicidio es un acto en el cual un individuo atenta contra su bienestar, intentando dar termino a su vida de forma voluntaria, con el fin de escapar de problemas o situaciones adversas o de cambios inesperados, que encuentra el individuo en su interacción social. En el intento o la consumación de este acto intervienen ideas y hechos.

1.5 Tipos de Suicidio

El autor Gustavo Maldonado de acuerdo a Durkheim, plantea la siguiente tipología:



Suicidios Egoístas: Se dan comúnmente en las personas excesivamente individualistas y es propio de las sociedades más avanzadas; este tipo de suicidio es más común en los individuos poco integrados a los grupos sociales de los que forman parte.

El Suicidio Altruista: Es la versión opuesta al anterior. Este sucede por una excesiva "integración" del sujeto con la sociedad a la que pertenece, que se puede llegar hasta el punto, que la personalidad individual no cuenta, pues se encuentra muy comprometida con el grupo social en el que interactúa; sin embargo el individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber.

El Suicidio Anómico: Es el de mayor relevancia en el estudio de Durkheim. Por lo cual la **anomia social** que es la falta de normas y de leyes que rigen la actividad humana y generalmente se provoca en instantes de crisis sociales agudas, de transformaciones en las estructuras y valores culturales.

Este autor explicó, que las sociedades no pueden, actuar libres de normas, valores y leyes, debido a la característica gregaria del ser humano. Algunas personas sufren estos cambios en las normas y formas de vida pudiendo llegar al suicidio. Por ejemplo; cuando una persona se divorcia o se le muere un ser querido, genera alteraciones en su estructura y ritmo de vida que puede provocar desajustes emocionales próximos a las ideas suicidas.

En Cambio el Suicidio Fatalista: Es la versión opuesta al Anómico. Este sucede por el cambio de normas que regulen la conducta humana, este afecta a aquellas personas que no aceptan las normas y se sienten reprimidas en sus emociones, pasiones y limitados en su futuro. Pueden ser hijos de padres estrictos y agresivamente disciplinados o extremadamente moralistas. (Maldonado, 10).



1.5.1 El Proceso Suicida:

Es muy importante tratar el suicidio como un proceso, ya que permitirá estudiar la problemática profundamente, para caracterizar las decisiones de quitarse la vida en los adolescentes como un conjunto de hechos sucesivos que llevarán al fenómeno del suicidio.

G. Bouchard (2000), citado por Olga Barón plantea; que el proceso suicida es el período que comprende el momento en que se produce la crisis y el paso al acto, y aclara que en los adolescentes este proceso puede ser muy corto, inclusive de horas, y es más corto aún en los segundos intentos de suicidio.

De igual manera Bouchard divide este proceso en cinco momentos:

- **El Primer Momento es la Búsqueda de Soluciones:** Es una etapa normal en cualquier crisis pero la persona hace una especie de inventario de las posibles soluciones a sus problemas juzgando la posibilidad que se produzca un cambio, por lo tanto, que se disminuya el dolor y algunas personas podrán plantearse, varias soluciones e identificar estrategias para resolver la crisis; en cambio otras, por el contrario, no encontrarán soluciones que puedan responder a sus necesidades presentes; y en este momento, la idea de suicidio no se toma como una posible solución.

- **El Segundo Momento es la Ideación Suicida:** En la búsqueda de soluciones, una imagen repentina, breve y pasajera de muerte aparece como una posible solución; también las soluciones que encuentran, son ineficaces para reducir la intensidad de la crisis, y por lo tanto son rechazadas; sin embargo la idea del suicidio comienza a surgir más frecuentemente, varias veces encubierta por la idea de que algo pasara para morir, como, por ejemplo, una enfermedad grave o un accidente, pero cada vez más se especula en el suicidio y se empieza a elaborar escenarios posibles.



• **El Tercer Momento es la Rumiación:** El desconcierto es cada vez mayor, más difícil de soportar, el deseo de escapar la angustia es cada vez más inevitable por eso la imposibilidad de resolver la crisis y el sentimiento de haber agotado todos los medios provoca un aumento de la inquietud; la idea del suicidio se vuelve constante y regular, lo que genera aún más angustia y acelera el sufrimiento y el dolor.

• **El Cuarto Momento es la Cristalización:** La persona se encuentra totalmente desesperada, en ese momento el suicidio es ya considerado como la solución a todos los sufrimientos; este es el instante en el que se elabora un plan exacto: el día, la hora, el medio, el lugar. También el adolescente puede sentirse aliviado y dar signos de estar mejor, ya que el suicidio representa la solución definitiva, y el medio para poner fin a su sufrimiento; con frecuencia, en este momento el adolescente imagina una ruptura emotiva de los que lo rodean y un sentimiento de aislamiento está presente, por eso sólo hará falta el evento que lleve el paso al acto.

• **El Último Momento es el Elemento Desencadenante:** Después de la etapa de cristalización, el paso al acto se vuelve inminente, un evento desencadenante está ligado al acto suicida, sin importar muchas veces la fuerza o trascendencia que manifiesta el suceso, pero es un suceso que para el adolescente se agrega a la cadena de pérdidas significativas que ha sentido en su vida.

Lo importante de este proceso es tener en cuenta que se logra intervenir en cualquier momento; hay que recordar que la ambivalencia y el miedo de pasar al acto siempre estarán presentes, incluso hasta el último momento, y que una intervención adecuada puede interrumpir el proceso en cualquier momento. (Barón; 54-55).



1.5.2 Suicidio y Grupos Etarios

En nuestra sociedad el suicidio se da en diferentes grupos etarios es importante conocer la definición del mismo, para abordar este tema.

La autora, Whiska Montaña, define los grupos etarios como perteneciente o relativo a la edad de una persona en relación a un grupo. (Montaña,1).

1) Infantes; de 1 a 2 años : En este grupo etario no existe suicidio.

2) Preescolar; de 2 a 5 años: En esta etapa no existe ningún intento de quitarse la vida.

3) Escolar; de 6 a 12 años: En este grupo etario, se da el suicidio, o el intento de suicidio, que se liga directamente a una depresión infantil prolongada, que no es fácil de equilibrar debido a que los niños no han desarrollado aún los mecanismos para lidiar con las frustraciones y las impotencias. Desde abuso sexual, físico o psicológico, diversas formas de maltrato, abandono, soledad, depresión, bullying, incomprensión social por las preferencias sexuales, algún arranque porque no les dieron juguetes. En muchas ocasiones el intento o la realización del suicidio en la niñez pueden darse después de un regaño rígido o un castigo fuerte, como una respuesta angustiosa y desesperada. En todo caso, el ambiente familiar y la influencia social resultan decisivos en la formación de pensamientos e ideas suicidas, y se podrían llevar a cabo aunque solo quede como una tentativa de suicidio. (El diario de chihuahua, 1).

4) Adolescencia; de 13 a 20 años: En esta etapa es donde más se da el suicidio o intentos de suicidio; el suicidio en la adolescencia es considerado la tercera causa de muerte a nivel mundial. Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí



mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo.

Para algunos adolescentes el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. (Facts for Families – Spanish, 2007).

5) Juventud; de 20 a 40 años: En la juventud también se da los suicidios; siendo las principales causas la depresión, el estrés, problemas familiares, problemas sentimentales, la ansiedad y bajo autoestima. Los cambios que se producen en esta edad a veces conllevan que los jóvenes no se sientan satisfechos con su vida por lo que puede conllevar al suicidio.

6) Adultez; de 40 a 60 o 65 años: En esta etapa, existe intentos de suicidios por ejemplo; muchas personas mayores, experimentan pensamientos suicidas quieren desesperadamente eliminar el dolor físico o emocional persistente que padecen. La depresión, puede ser la principal causa que conlleva a los adultos a suicidarse. A veces la depresión es severa, y no puede resolverse fácilmente sin ayuda profesional. Tanto la dependencia del alcohol o de las drogas puede hacer que las personas sean más vulnerables a la depresión y que sientan que sus vidas no valen la pena. Si no se trata, la depresión puede empeorar y causarles pensamientos suicidas que, en algunos casos, puede determinar el suicidio.(Abner,1).

7) Vejez; de 60 o 65 años en adelante: En esta etapa existe, más altos niveles de suicidio en los varones que en las mujeres, y proporcionan menos signos de alarma que la gente joven. En la vejez tienden a utilizar métodos de alta letalidad los factores precipitantes pueden ser el retiro o el duelo por una pérdida reciente, también pueden cometer el suicidio o tentativa de suicidio por enfermedades depresivas o



enfermedades físicas (problemas visuales, enfermedades neurológicas y malignas). (Gutierrez,26).

En el análisis del suicidio en los grupos etarios se ha planteado estos criterios que caracterizan a los grupos etarios; esto no significa que sea la única caracterización válida; existen otras propuestas por lo que no se agota la posibilidad de caracterizar a estos grupos de diferente manera.

Por lo dicho, para concluir este tema se puede afirmar que el suicidio es un problema social que afecta a todas las personas en los diferentes momentos de sus vidas, por múltiples complicaciones, confusión, y dudas de sí mismo, tales como, la presión para lograr el éxito, incertidumbre, baja autoestima, depresión, conflictos familiares, miedos de fracaso, por estas razones y otras que se detalla en la presente investigación se justifica estudiar este problema social.

1.6 La Adolescencia y el Suicidio

Para abordar el presente tema es pertinente desarrollar el concepto de adolescencia, y sus características que permitan sustentar teóricamente a este grupo etario que es sujeto de la presente monografía.

Susana Pineda y Mirian Aliño mencionan que; la adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente comienza por los cambios puberales, que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de cambios, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos; no solamente es un período de adaptación a los cambios corporales, sino un ciclo de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es complicado establecer límites cronológicos para este período; de acuerdo a los conceptos propuesto por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y



19 años, considerándose dos fases; la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años) .

Este criterio es válido para precisar con mayor claridad los estándares manejados por organizaciones internacionales como, la OMS, lo que no contradice la propuesta de la clasificación de los grupos etarios tratados anteriormente.

Características de la Adolescencia Temprana: Esta etapa se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, principalmente inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios; preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada de curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos. También en esta etapa es frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.

Características de la Adolescencia Tardía: En esta etapa se ha culminado una parte del crecimiento y desarrollo; el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. En esta fase se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven. (Pineda y Aliño, 16 y 17).

Por tanto, esta etapa de la adolescencia es muy importante para el ser humano, en muchas ocasiones puede ser afectada por los cambios que sufren, lo que conlleva a la toma de decisiones que pueden ser perjudiciales para su vida, que pueden llevar a intentar quitarse la vida, por esa razón, se trata, la variables; Adolescencia y Suicidio que son los elementos más relevantes de este fenómeno social.

En la sociedad de hoy, el suicidio es uno de los problemas más frecuentes que afecta prioritariamente a los/as adolescentes esta problemática se ha convertido en la tercera causa de muerte en este



grupo etario a nivel mundial, consecuentemente los intentos de suicidio se presentan con mayor frecuencia, lo que significa que es un problema de salud pública.

Este fenómeno social obedece a las complicaciones propias de esa edad que experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismo, presión para lograr éxito, incertidumbre, bajo autoestima, depresión, conflictos familiares, miedos de fracaso, entre otras causas. Los/as adolescentes que se suicidan, por lo general creen que en su vida actual es irremediablemente dolorosa y está llena de más oscura desesperación, y que su futuro no traerá ningún alivio, es decir, será igualmente oscuro. La muerte se convierte en la única vía de escape (Gerali, 16).

Con el criterio de destacar las variables que intervienen en la presente investigación se operacionaliza las siguientes variable; Sexo y Edad, relacionándolas con los indicadores, Métodos y Factores que caracterizan al suicidio.

A continuación y en base lo que plantean Antoni Soler y Josep Casco; se presenta una tabla que sintetiza los elementos más significativos de las variables e indicadores mencionados, (Soler y Casco, 4-5).

VARIABLES EN EL ANÁLISIS DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES			
Edad:	Sexo:	Método más	Factores de riesgos más
La frecuencia del suicidio aumenta con la edad.	En las mujeres; se presenta más frecuente la ideación suicidad. En los	frecuente: Mujeres; Intoxicación (con medicamentos o cortaduras; los varones; utilizan métodos más	significativos son: Consumo de alcohol, trastornos depresivos, ansiedad, conflictos familiares.



	varones; mas suicidios consumados.	violentos, de mayor letalidad; como ahorcamiento.	
--	--	---	--

Fuente: Soler y Casco

Elaborado por: Marcela Cordova

1.7 El Medio Ambiente y la Conducta Suicida:

Para desarrollar este tema se considera al medio ambiente todo el ámbito que rodea a los adolescentes; toda conducta destructiva, existe una buena cantidad de agresión, que puede dirigirse hacia adentro; es el caso de los estados depresivos y las tendencias autodestructivas o dirigirse hacia afuera por medio de actos delictivos o agresivos.

Cuando la agresión se dirige hacia afuera, se establece una relación entre el que agrede y quien recibe la agresión; esta interacción puede darse en distintos niveles, de forma verbal o física; cuando el adolescente percibe cierto rechazo o la situación familiar le causa sentimientos de enojo y de agresión, expresará estos mismos sentimientos por diversos medios y la familia recibirá estas expresiones agresivas de la misma forma.

Cuando el suicidio ocurre dentro de un contexto como éste, el comportamiento autodestructivo resulta ser la forma en que puede comunicar a los demás sus sentimientos, súplicas o demandas que no sabe expresar de otra manera; la seriedad del intento suicida radica en lo que el adolescente hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir.

Principalmente, el individuo suicida pedirá auxilio de una u otra forma; hay que atender las señales que el adolescente manifieste, pues existe la posibilidad de ayudarlo o de buscar el apoyo profesional para que aprenda a manejar sus problemas. (Castro 15-16).



Al concluir este capítulo es importante recalcar que el suicidio; fue abordado desde su historia, profundizando su análisis en la adolescencia y sus conductas suicidas.

Al suicidio se lo estudio, como una forma de quitarse la vida desde la antigüedad hasta la actualidad utilizando varios mecanismos, viendo a la muerte como un escape de todos los problemas que se presenta durante la vida. El suicidio en la adolescencia es considerado la tercera causa de muerte en este grupo etario, en la actualidad se ha incrementado el suicidio en los adolescente, por esta razón este fenómeno social se lo debe estudiar profundamente, por lo que en el segundo capítulo se abordará de una manera más profunda.



CAPÍTULO II

EL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA





CAPITULO II

EL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

El segundo capítulo abordará el suicidio en la adolescencia en el Ecuador, el análisis que se propone para el desarrollo de esta problemática se centra en el ámbito social, desde la visión de una Trabajadora Social, además se plantea conocer a fondo los factores de riesgo que inciden en el comportamiento suicida; elaborar las bases conceptuales y metodológicas para contar con elementos suficientes que permitan entender y actuar técnicamente en esta problemática y de cómo intervenir desde el Trabajo Social.

El comportamiento suicida en la adolescencia, es también una preocupación del presente capítulo, lo que permitirá, saber si un adolescente está especulando en quitarse la vida y si esta es una respuesta a realidades que por el momento incomodan al potencial suicida, que a su vez permita conocer cómo prevenir y brindar un tratamiento adecuado a los adolescentes.

Además se indagará, cuales son las causas principales que conlleva a cometer un acto Suicida, ya que existe múltiples razones que arguyen los y las adolescentes para tener este comportamiento que finalmente deciden por el suicidio; se finalizará este segundo capítulo proporcionando alternativas de prevención, frente al suicidio en la adolescencia, mediante herramientas de intervención, desde una perspectiva multidisciplinaria; que sume esfuerzos para disminuir esta problemática que afecta a toda una sociedad.



2.1 El Suicidio en la Adolescencia en el Ecuador:

En el Ecuador, al igual que en otros espacios geográficos del orbe, se da este fenómeno de salud pública, en distintas etapas de la vida; mediante estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Inec), revelan que en el 2010, un total de 658 personas se quitaron la vida a nivel nacional, mientras que en el 2011 hubo 913 suicidas, existe un incremento del 20% del suicidio en este país, convirtiendo a este problema social en una de las primeras 15 causas de muerte en Ecuador.

En las 24 provincias ecuatorianas el suicidio es la primera o segunda causa de muerte entre los adolescentes de entre 10 y 19 años; según el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (Siise), entre 1980 y 2000 el porcentaje pasó del 2% al 6%. Mientras que entre 2000 y 2007 se registraron 1.231 casos de suicidio. (Andes, 2012).

En la investigación referida anteriormente se asegura que la depresión es una de las principales causas para que una persona opte por quitarse la vida y muchas de las veces, esta idea se fortalece cuando no hay un apoyo familiar; también porque tiene problemas no resueltos en su vida que les generan dolor o preocupación y no encuentran la forma de salir o encontrar un alivio en la realidad y por ello optan por quitarse la vida.

La psicoterapeuta Liniana Podvin señaló que muchas personas optan por el suicidio tras una ruptura amorosa, principalmente en la adolescencia, etapa hormonal caracterizada por muchos impulsos y emociones muy fuertes, “el Ecuador debe fortalecer en su política pública a la salud mental, sobre todo en la adolescencia”. (Andes, 2012).

Los suicidios se convierten en una de las principales causas de muerte en los adolescentes, en Ecuador, según un estudio del observatorio de la Niñez. Lo más grave es que por cada adolescente suicida hay por lo menos 40 más que han intentado hacerlo.



Por ello en los últimos años, el suicidio pasó a ser **la segunda causa de muerte en adolescentes entre 12 y 17 años en Ecuador**, y ocupa el primer lugar como causa de fallecimiento en las provincias con altos porcentajes de población indígena rural, como:

- Cotopaxi,
- Chimborazo,
- Cañar,
- Imbabura,
- Morona Santiago y
- Pastaza. (Así lo revela un informe del observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia).

También, el observatorio alerta que en las provincias del Pichincha, Guayas y Azuay se registran la mitad de muertes por suicidio en la adolescencia, en relación a las estadísticas nacionales. (Andes, 2012).

Entre las principales causas del suicidio en el Ecuador se mencionan las siguientes; el abuso de adultos, los conflictos con los padres, la ansiedad por la identidad sexual, los embarazos no deseados, el aislamiento social y la migración. (Ecuavisa, 2012).

Suicidio en la ciudad de Cuenca:

Se puede notar que entre las principales causas del suicidio están la ruptura de la familia debido a la migración; la violencia intrafamiliar expresada en maltratos físico, psicológico y sexual; y la depresión.

El índice de suicidio en la provincia del Azuay ha aumentado entre los años 1.994 (una tasa de 8/100.000 habitantes) y 2008 como así



lo demuestran las últimas estadísticas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Los casos se registran principalmente en el rango de 15 a 35 años de edad, pero se dan en todos los estratos sociales y económicos.

En el CRA, durante el año 2005 se revisaron 213 historias clínicas de los adolescentes entre 14 y 21 años ingresados en los servicios de Psiquiatría general y Adicciones, (2000 – 2005), donde se pudo notar que el 21,5% de los adolescentes ingresados al CRA han tenido intento o ideación suicida. (Cuenca, más intentos de suicidio, 2007). El porcentaje más alto se encuentra entre las edades de 16 y 19 años y en varones es mayor con el 4%, en los dos últimos años el número de intentos se ha duplicado. El 32,8 % son consumidores de alcohol y drogas y el 31.9% está relacionado con trastornos afectivos en su mayoría depresivos (Ortega, 2007).

En otra investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso se observó que las personas que más intentan suicidarse son mujeres con 51% de la población y en los hombres con un 49% comprendido entre edades de 16 a 35 años procedentes de la zona rural con un 46% y de la zona urbana con un 38%. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente un millón de personas se suicidan en el mundo, cifras que para el 2020 podría alcanzar a 1,5 millones de víctimas. (Quito, 31).

Se calcula que por cada muerte atribuible al suicidio se producen entre 10 y 20 intentos fallidos. A nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. (OPS Y OMS, 2014).

2.2 Factores de Riesgo Suicida

Josep Moya señala que, existen varios factores de riesgo suicida en los adolescentes; desde el provenir de medios familiares;



desestructura dos hasta la presencia de trastornos psicopatológicos como la depresión o el abuso de sustancias, sin olvidar la exposición a situaciones de riesgo suicida, como es el caso de haber tenido problemas con la justicia, todos ellos constituyen un campo que conviene revisar; estos factores pueden clasificarse en tres grandes grupos:

a) Individuales;

b) Familiares;

c) Sociales.

A) Individuales: Dentro de los factores individuales cabe destacar los siguientes:

Antecedentes de haber realizado tentativas de suicidio anteriores; Algunos autores han señalado que aproximadamente un 25 % de los adolescentes que realizaron un intento de suicidio lo habían realizado con anterioridad; la tentativa de suicidio multiplica por treinta el nivel de riesgo por otro lado, se considera también que el nivel de riesgo es mayor cuanto más joven es el suicida.

Patología psiquiátrica: Ha sido muy notable que una proporción muy elevada de individuos suicidas presentan patología psiquiátrica; esta circunstancia también se cumple en población adolescente; los estados depresivos, los trastornos de ansiedad, el abuso de alcohol, consumo de drogas, los trastornos de la personalidad y los trastornos psicóticos, son todos ellos estados psicopatológicos que comportan un riesgo de conductas suicidas sin embargo, los más significativo son las **depresiones** (trastorno mental frecuente, que se caracteriza, por la tristeza, pérdida de interés o placer de sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito sensación de cansancio y falta de concentración); cuya existencia eleva el riesgo suicida hasta un 27% con respecto a la población general.

Factores Biológicos: Es ya clásico citar cierto tipo factores neurobiológicos como los causantes o desencadenantes de todo un



conjunto de comportamientos anómalos; en este contexto, los desequilibrios en diversos sistemas de neurotransmisores ocupan un lugar importante; en consecuencia, no resulta sorprendente que también en el caso de los comportamientos suicidas se hayan documentado ciertas disfunciones en los neurotransmisores.

B) Familiares: Entre los factores de riesgo familiar, los congénitos, deben ser considerados por el grado de incidencia y a continuación se mencionan los siguientes:

Existencia de trastornos psicopatológicos en los padres. En los padres de los adolescentes suicidas es frecuente encontrar trastornos psiquiátricos; los más habituales son los estados depresivos y del abuso del consumo de sustancias tóxicas; estos trastornos son susceptibles de diversas interpretaciones, se pueden interpretar en términos de vulnerabilidad determinada genéticamente, pero también pueden pensarse en términos del impacto que dichos trastornos pueden ocasionar en el adolescente, porque las conductas de los progenitores conlleva a estados angustiosos y depresivos, que puede provocar tentativas o intenciones de atentar contra su vida.

Antecedentes, Tentativas o Suicidio en los Padres. Se ha constatado que en el caso de muerte por suicidio, de uno de los progenitores, el riesgo de replicar esta conducta es recurrente en una proporción de dos a cinco, respecto de quienes no han tenido esa experiencia en sus padres, esto significa que los antecedentes y tentativas influyen directamente en los/as adolescentes.

Maltrato y Abuso Sexual. Según el autor Josep Moya en su libro “La conducta suicida en adolescentes” menciona; que otro factor a considerarse en la conducta suicida, es la existencia de relación estrecha que existe entre el maltrato físico (Cualquier agresión física, infringida a un individuo, de forma directa y indirecta) y el abuso sexual (Comprende cualquier forma, de contacto sexual, sin consentimiento de la persona),



durante la infancia y la conducta suicida, además, las conductas violentas en el núcleo familiar, tanto si el adolescente es testigo de ellos como si es víctima, también presentan una correlación positiva con los comportamientos suicidas.

Otros factores, como el divorcio o las relaciones entre los padres y los hijos adolescentes pierden peso específico si se tienen en cuenta tanto los factores psicopatológicos asociados como los factores de riesgo psicosocial. (Moya, 6-7).

C) Factores Psicosociales:

Patricia Barón, indica que los factores psicosociales se dividen en:

- ***El estallido de la familia.*** El estallido de la familia nuclear; no es específico de las familias de adolescentes con intentos de suicidio; lo que parece específico es la manifestación durante la temprana infancia; es frecuente encontrar la carencia afectiva que resulta de la doble ausencia física y emocional de los dos padres.

Por lo tanto la mitad de los adolescentes suicidas tienen un padre que sufre de una enfermedad física; los problemas psiquiátricos son frecuentes; en un primer rango se encuentra el alcoholismo y la depresión. El 20% de los adolescentes suicidas tienen un padre suicida; estos adolescentes particularmente vulnerables tienen gestos suicidas a una edad temprana.

- ***La discontinuidad de la Experiencia.*** La vida del adolescente suicida está marcada por la deserción afectiva de los adultos de su entorno y por el rompimiento de su existencia; hay muchos cambios importantes y problemáticos en la vida del adolescente suicida que han intervenido en los seis meses anteriores a una tentativa de suicidio, sus cambios, además de las rupturas de su vivencia, son cuatro veces más numerosos que en los adolescentes promedio.

Entre los cambios se pueden mencionar; la separación de los padres o el divorcio, el compartir el cuidado de los niños, el



concubinato de uno de los padres, el volverse a casar, el nacimiento de un medio hermano, los hijos de la segunda pareja van a vivir al hogar, etc.

Cada una de esas, alteraciones genera nuevas modificaciones; cambios de domicilio, de barrio, de colegio, de amigos, de adaptación a nuevas personas casi extrañas compartiendo la misma intimidad puede ocasionar que el adolescente opte por suicidarse.

- **La psicodinamia familiar.** Sobre el plano de la psicodinamia la familia del adolescente suicida ha sido objeto de múltiples observaciones, por ejemplo. la madre ha sido descrita como fría, rechazante, sin descuidar en ningún momento los cuidados físicos esenciales de sus hijos/as; con frecuencia, uno se encuentra frente a una madre muy joven, impotente y colmada por su tarea parental.

Ella tiene una necesidad de dependencia aumentada; mientras que el adolescente no toma (en un reinvertir los roles) la responsabilidad del bienestar afectivo de su madre, es considerado como un obstáculo a la felicidad y a la libertad de esta última. En cambio el padre está en una forma física y emotivamente ausente de la vida familiar, su relación es distante y carente de afecto, esto conlleva al adolescente a sentirse solo, y buscando como salida de sus problemas a la muerte. (Barón, 61-62).

2.4 Factores Protectores en la Adolescencia frente al suicidio

Fidel de la Garza Gutiérrez, en su libro Suicidio, Medidas preventivas menciona que existen varios factores protectores en la adolescencia como:

- Red social sólida
- Capacidad para resolver problemas
- Confianza en el control de la vida.



- Pocos síntomas depresivos.
- Menos consumo de sustancias tóxicas. (Gutiérrez, 33).

2.5 El Comportamiento Suicida en la Adolescencia

El conflicto de los comportamientos suicidas en la adolescencia conlleva la necesidad, del diagnóstico precoz además, como ha sido señalado en diversos estudios, del 7 al 15% de los suicidados suele haber consultado en el mes que precedió al suicidio, entre un 20 y un 25% lo había hecho en el año anterior, sin embargo, la experiencia clínica del día a día indica que, a menudo, en las consultas previas no se suelen detectar los indicios de comportamientos suicidas.

Esto puede cumplirse en algunas ocasiones, así por ejemplo; un joven que ha sufrido una crisis psicótica, que ha dejado como secuela el estado depresivo inherente a la toma de conciencia de lo que dicha crisis le ha acarreado, puede realizar un acto suicida sin que haya comunicado previamente su idea.

Se trata de un acto suicida que solo ha sido comunicado de una manera muy indirecta; sin embargo esta recomendación general tiene excepciones; un individuo puede comunicar de manera directa su intención suicida y llevarla a cabo como un acto consumado.

Debe advertirse ante la generalización de amenazas suicidas, el equipo profesional puede tender a interpretarlas, en términos de “manipulación” y en consecuencia, puede no tomar demasiado en serio los riesgos, parece claro, no obstante, que es mejor infringir de prudencia aún corriendo el riesgo de ser objeto de manipulación. Aunque los esquemas pueden pecar de simplicidad, los siguientes puntos pueden servir de orientación al profesional:

- La ideación suicida, los intentos o planes suicidas.
- El acceso a medios para suicidarse.



- La existencia de delirios de negación, de ruina o de indignidad.
- La existencia de elementos alucinatorios de carácter imperativo.
- El consumo de alcohol y distintas sustancias tóxicas.
- La historia de tentativas de suicidio.
- La historia familiar de suicidios o de intentos de suicidio.

Todo ello se debe completar con una evaluación de las circunstancias particulares del sujeto así como de sus posibilidades y de su motivación para pedir ayuda; en ocasiones, se dan comportamientos en forma de autolesiones como ingerir objetos metálicos o bien provocarse lesiones en los brazos y antebrazos con instrumentos cortantes.

Si bien estas conductas no constituyen por sí mismas comportamientos suicidas, no es menos cierto que deben ser valorados como graves y jamás pueden ser considerados insignificantes.

Por eso debe advertirse que en muchos casos, los individuos pueden llegar a ingerir objetos muy peligrosos que pueden causar importantes hemorragias internas. En una ocasión, un interno de un centro de justicia juvenil ingirió dos hojas de afeitar provocándose una grave hemorragia en el tubo digestivo. (Moya, 9-10).

2.6 Causas Principales que Conllevan a Cometer un Acto Suicida

Como tentativas de suicidio, se entiende; cualquier comportamiento autolesivo que es variado en su motivación, letalidad y recurrencia, entre las causas más importantes asociadas al suicidio está:

La presencia de enfermedad mental, enfermedades afectivas, trastorno de personalidad y el abuso de sustancias, historia de suicidalidad familiar, eventos estresantes significativos, enfermedades físicas progresivas, disponibilidad de armas de fuego, etc.



También existen, las causas psiquiátricas más comunes en el intento suicida:

- La depresión,
- La personalidad anormal,
- La esquizofrenia y
- El consumo de sustancias (Drogas/alcohol).

A continuación, se reiteran algunas causas de riesgo que pueden presentarse:

- Uno o más trastornos mentales diagnosticables o trastornos de abuso de sustancias, acontecimientos de la vida no deseada o pérdidas recientes por ejemplo, el divorcio o muerte de los padres.
- Antecedentes familiares de trastornos mentales.
- Antecedentes familiares de suicidio violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal/emocional, o intento de suicidio previo.
- Presencia de armas de fuego en el hogar, encarcelación; exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluyendo la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción. (Maldonado, 6-7).

2.7 Que hacer cuando se sospecha que un Adolescente puede intentar Suicidarse

Es importante preguntar directamente, “¿has pensado en hacerte daño?” Antes se creía que preguntar inducía al suicidio; hoy se sabe que enfrentar el problema ayuda.

El siguiente paso es no dejar solo al adolescente y mantener una conversación hasta que este se calme, hay que recordar que todos tienen una actitud ambivalente de deseo y rechazo ante la muerte, y lo que se necesita en el momento de crisis es tiempo para llevar a la víctima



a un lugar seguro y pedir ayuda a sus padres o a un experto de salud mental.

Los compañeros, o quienes pasan más tiempo con ellos, por lo tanto pueden enterarse de los pensamientos del adolescente y ayudarlo, cuando un adolescente le confiesa a otro su deseo de morir por su “propia mano”, el confidente no debe asustarse, sino tomarlo con calma y avisar a un adulto.

Comentar el deseo que un amigo o compañero tiene de suicidarse no es traicionar su confianza sino comportarse como un amigo verdadero; también protege al confidente, pues al delegar esta responsabilidad a un adulto, el primero no entra en conflicto consigo mismo, evita comprometerse emocionalmente de manera excesiva y poner en peligro la propia salud psicológica.(Gutiérrez, 109).

2.8 Para conversar con un adolescente que tiene pensamientos suicidas se necesita seguir los siguientes pasos:

- Sé tú mismo. Permite saber a la persona que te preocupas por ella, que no está sola. Las palabras correctas normalmente no son importantes. Si estás preocupado, lo mostrarás con tu forma de hablar.
- Escucha. Permite que la persona suicida descargue su desesperación, y su ira. Sin importar lo negativa que parezca la conversación, el sólo hecho de que exista es un signo positivo.
- Sé empático, no juzgues, sé paciente, calmado. Tu amigo o familiar está haciendo lo correcto al hablar sobre sus sentimientos.
- Ofrece esperanza. Asegura a la persona que existe mucha ayuda disponible y que las sensaciones suicidas son temporales. Permite que la persona sepa lo importante que es su vida para ti.



- Si la persona dice cosas como “estoy tan deprimida, ya no puedo”, pregunta “¿has tenido ideas suicidas?” No vas a dejarle ideas en la cabeza, estás demostrando que estás preocupado, y está bien que comparan su dolor contigo. (Piensa soluciones en psicología, 2012).

2.9 Cuando se realiza la conversación con el adolescente el profesional debe tener cuenta que no debe hacer lo siguiente:

- Discutir con la persona. Evita decir cosas como “tienes mucho por qué vivir”, “si te suicidas vas a lastimar a tu familia”, o “míralo lo bueno”.
- Reaccionar de manera impactada, darle un sermón sobre el valor de la vida, o decirle que el suicidio está mal.
- Prometerle que no le vas a decir a nadie. Rechaza prometer que guardarás el secreto. Una vida está en juego y necesitas comunicarte con un profesional de la salud mental para poder ayudar. Si prometes mantener la conversación en secreto, puede que termines rompiendo tu promesa.
- Ofrecerle formas de arreglar sus problemas, o darle consejos, o hacerles sentir que tiene que justificar sus ideas suicidas. No se trata sobre qué tan grave es el problema, sino cómo está lastimando a tu familiar o amigo. (Piensa soluciones en psicología, 2012).
- Culparte. No puedes “componer” la depresión de alguien. La felicidad, o falta de ella, es responsabilidad de la persona, no tuya.

2.10 Prevención del Suicidio en la Adolescencia

Fidel de la Garza Gutiérrez menciona que en 1989, Garland desarrolló un sistema de prevención que propone las siguientes metas:



- Elevar la conciencia del problema sobre el suicidio en la adolescencia.
- Entrenar al personal para identificar a los adolescentes que están en riesgo de suicidio.
- Educar a los participantes sobre las técnicas y los recursos de salud mental a los cuales pueden recurrir.

Otro modelo de prevención es el propuesto por Kienhorst, quien surge:

- Afrontar la problemática de vida del adolescente con terapia familiar.
- Un intento de cambiar el estilo de pensamiento, enfocándose especialmente en el combate a la desesperanza.
- Tratar de enseñar estrategias para solucionar problemas.

Se debe aceptar que no todos los suicidio pueden evitarse; si finalmente ocurren, no se puede autoculparse, puesto que siempre se trata de una decisión individual que debe ser respetada, aunque no necesariamente compartida.

2.11 Mitos del Suicidio

Es importante conocer los mitos del suicidio , por lo cual el autor Sergio Perez los siguientes: (Perez, 231-138).

MITO	CRITERIO EQUIVOCADO	CRITERIO CIENTIFICO
1.-Mito: El que se quiere matar no lo dice.	Puede conducir a no prestar atención a las personas que manifiestan	De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron



	sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.	claramente sus propósitos y la otra dejó percibir sus intenciones de acabar con su vida.
2.-Mito: El que lo dice no lo hace.	Conduce a minimizar las amenazas suicidas, que pueden ser consideradas erróneamente como chantajes, manipulaciones, etc.	Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.
3.-Mito: Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen por llamar la atención.	porque condiciona una actitud de rechazo a quienes atentan contra su vida, lo que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan.	Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas a las cuales les han fallado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el atentar contra su vida.
4.-Mito: El sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.	Conduce a disminuir las medidas de observación estricta del sujeto y la evolución sistematizada del riesgo de suicidio.	Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio lo llevaron a cabo



		durante los tres primeros meses tras la crisis emocional.
5-Mito: Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.	intenta justificar la sobreprotección hacia el individuo en algunos casos y el estigma o rechazo por temor a que se repita.	Entre el 1% y el 2% de los que intentan el suicidio lo logra durante el primer año después del intento y entre el 10% al 20% lo consumará en el resto de sus vidas.
6-Mito: Todo el que se suicida está deprimido.	Tiende a hacer sinónimos el suicidio y la depresión, lo cual no se ajusta a la estricta evidencia.	Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, etc.
7-Mito: Todo el que se suicida es un enfermo mental.	Intenta hacer sinónimos el suicidio y la enfermedad mental.	Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no



		necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo.
8.-Mito: El suicidio se hereda.	tiende al nihilismo terapéutico, pues se cree erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo.	No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio.
9.-Mito: El suicidio no puede ser prevenido, pues ocurre por impulso.	limita las acciones preventivas, pues si ocurre de esta manera es imposible pronosticarlo y por tanto prevenirlo. Invita a la inercia terapéutica.	Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas y todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y se puede evitar que se lleven a cabo sus propósitos suicidas.



10-Mito: Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.	infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.	Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo
---	--	---

Los mitos sobre el suicidio, el suicida y los que intentan el suicidio constituyen obstáculos para la prevención de dicha conducta, por lo que se impone que sean divulgados y junto a ellos los criterios científicos para que la población tenga más recursos para enfrentar a los individuos en riesgo.(Perez,239).

2.12 Familia del Adolescente Suicida

El suicidio es algo traumático que se inicia con el acto suicida y continúa mucho tiempo después. Es difícil superar la impresión que causa hallar el cuerpo inerte o sin vida y ese es el primero de muchos sucesos traumáticos que deben vivir los deudos. Así los deudos experimentan culpa, ansiedad y depresión. Las imágenes del hallazgo del cuerpo frecuentemente acudirán a su mente.

Como la idea del suicidio es tan difícil de aceptar, amigos, familiares y allegados sentirán culpa y posiblemente la condena social. Lo que se sufre después de un suicidio es lo que se vive después de cualquier muerte, aunque a este duelo debe sumarse el agravante del estrés postraumático debido que no es una muerte natural.



Por lo tanto se necesitaran ayuda tanto de orden psicológico, psiquiátrico, médico o espiritual para superar el suceso, hasta que logren la aceptación, el perdón y finalmente tengan un sentimiento de paz y armonía familiar. Para ello es necesario que los deudos hablen de lo que sucedió y de las razones que motivaron al suicidio. Acudir a grupos de autoayuda puede ser de gran utilidad. (Gutiérrez, 109-110).

En este segundo capítulo, se abordó, el suicidio en la adolescencia en el Ecuador. Siendo considerado el suicidio una de las principales causas de muerte y la segunda causa de muerte de adolescentes, entre 12 y 17 años de edad; el abuso de adultos, los conflictos con los padres, la ansiedad por la identidad sexual, los embarazos no deseados, el aislamiento social y la migración han sido consideradas como las causas principales que conlleva al suicidio en la adolescencia.

Finalmente el capítulo desarrollado da cuenta de los factores que conlleva a la conducta suicida, en la adolescencia, y los mecanismos de prevención que pueden disminuir el índice del suicidio, detectando a tiempo la conducta suicida en la adolescencia; también se visibiliza en el estudio de esta problemática desde el planteamiento de estrategias de intervención desde la visión multidisciplinaria que el Trabajador Social debe incorporar con la finalidad de prevenir el suicidio en la adolescencia. Por eso en el tercer capítulo de esta investigación se planteará; las “Estrategias de intervención del Trabajo Social frente al suicidio en la adolescencia”, abordando la intervención a fondo desde la perspectiva de esta profesión.



CAPÍTULO III

ESTRATEGIAS DEL TRABAJO SOCIAL FRENTE AL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA





CAPITULO III

ESTRATEGIAS DEL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE AL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

En el tercer capítulo se abordará las estrategias metodológicas y las alternativas conceptuales de la intervención del Trabajador Social; frente al suicidio.

Primero se realizará un estudio del suicidio en la Adolescencia y la búsqueda de estrategias desde perspectiva del Trabajo Social, considerando; un equipo Multidisciplinario y con la intervención del Trabajo Social frente a las tentativas del suicidio.

Para finalizar esta investigación es fundamental abordar Alternativas y destrezas operativas que debe manejar el profesional en Trabajo Social para la prevención del suicidio.

3.1 El Suicidio en la Adolescencia: Búsqueda de Estrategias desde el Trabajo Social

La profesión del Trabajo Social, que plantea promover el cambio social, y buscar la solución de problemas en las relaciones humanas, lo que conlleva a que el o la Trabajadora Social intervenga en los desajustes que las personas tiene en el espacio en el que interactúan con el entorno social y familiar.

Los Trabajadores Sociales deben formar parte de equipos multidisciplinarios. En el campo de la salud la intervención de estos profesionales parte de analizar la relación, paciente y familia, desde un enfoque integral, es decir, abordan al paciente y al entorno familiar donde el convive, “la intervención social se entiende como una acción organizada de un conjunto de individuos frente a problemáticas sociales no resueltas”.



En el trabajo multidisciplinario, el Trabajador(a) Social es parte integrante del equipo, y cumple el rol de interrelacionar los componentes personal, familiar y colectivo. La intervención de estos profesionales se complementa abordando y evaluando la realidad socio-económica; conjuntamente con la Consejería Social, la Educación Social, la Terapia Familiar y la Psicoeducación. (Ponce, 8).

3.2 Intervención de la Trabajadora/or Social en el Equipo Multidisciplinario frente al Suicidio

El Trabajador Social es parte de varios equipos de trabajo como el Multidisciplinario, y el Interdisciplinario por eso se dará a conocer la definición de cada uno de ellos.

El equipo multidisciplinario: Esta constituido por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, donde uno de ellos es el responsable del trabajo que se lleva a cabo; sin embargo, requiere del aporte del resto de los profesionales para obtener el logro de los objetivos comunes, más aún, cuando de intervenir en temas relacionados con el suicidio. (Pizarro, 11).

Por su parte el equipo interdisciplinario: Está compuesto por un grupo de profesionales, en donde el trabajo es simultáneo, la responsabilidad es de todos y cada quien tiene un campo de acción definido o bien es la acción compartida y sistemática de los profesionales de un mismo servicio, aportando bajo la autoridad de un responsable, una contribución bien definida al estudio y al tratamiento de una situación proporcionada, siendo muchas veces complemento para un trabajo multidisciplinario. (Pizarro, 11).

Este tema se enfocará en el trabajo Multidisciplinario del Trabajador Social en el área de salud pública para intervenir en el suicidio



o la tentativa de Suicidio que es el tema central de la presente monografía.

El Equipo Multidisciplinario se lo conformara desde la perspectiva anotada anteriormente, Trabajadora (or) Social, Psiquiatra, Psicólogo, Medico y Orientador Familiar. Con este equipo el tratamiento o enfoque que se intentará ante el intento del suicidio responderá a los criterios de cada uno de los profesionales, así por ejemplo; el psicólogo o psiquiatra tratara temas relacionados con la depresión, comportamiento bipolar, esquizofrenia etc.

En el caso del Trabajador Social y Orientador Familiar, temas relacionados con el maltrato, violencia intrafamiliar, abuso sexual, desintegración familiar, adiciones, etc. Por su parte el Médico se ocupara de los daños físicos que la tentativa del suicidio o otras enfermedades puede provocar en la salud del individuo.

3.3 Los Trabajadores Sociales y la intervención en la diversidad de los problemas relacionados con la salud.

Los/as profesionales del Trabajo Social intervienen en los más diversos ámbitos de la salud, tanto física como mental y en los síntomas que las enfermedades provocan desde una mirada social, por tanto, el tema del suicidio es considerado por estos profesionales para su intervención.

En el escenario de la familia, sus integrantes llegan hacia el Trabajador Social, con varios temores y prejuicios, más aún si del suicidio se trata, lo que se evidencian en la comunicación, muchas veces ni al mismo psiquiatra en la entrevista puede expresar lo que el paciente desea relucir de sus problemas; por lo que la Trabajadora Social por su mismo carisma y habilidad de comunicadora, logra obtener información que le permitirá emprender el problema en forma adecuada.



Una de las técnicas o estrategia iniciales de la Trabajadora Social emplea es la escenificación de la familia a través del genograma, lo que permite determinar el tipo de familia con la que va a realizar la intervención; estas familias pueden ser disfuncionales, funcionales, mono parentales, caóticas, etc.

Caracterizada la estructura familiar mediante esta técnica, se conoce el problema que afecta significativamente al núcleo familiar, teniendo consecuentemente los elementos suficientes para realizar una intervención familiar apropiada. (Ponce, 10).

Los factores de riesgo que conducen a la ideación y conducta suicida suicida son los factores individuales, biológicos y psicológicos, que predominan en la vida del adolescente, por eso es importante que el Trabajador Social intervenga en estos casos ,por el motivo que los factores de riesgo constituyen un peligro si no son tratados a tiempo, inminente para la vida, del adolescente si no se planifica o se interviene, en cuyo caso adquieren carácter mórbido, y pueden desembocar en la realización de un acto suicida. (Monografias, 2000).

3.4 La Investigación Social y la Evaluación Socio-Económica.

Son instrumentos que permiten efectuar el diagnóstico social; y poder así realizar la intervención social, la investigación social es el punto de partida para poder intervenir y se da a través de diferentes técnicas, como es el caso; de la entrevista, que se realiza a la familia, mediante esta técnica permite descubrir cuál es la situación socio-económica de la familia del paciente lo que permite relacionar el comportamiento del paciente dentro de su núcleo familiar, esta caracterización es el primer momento de la intervención.

Por otra parte el grado de vulnerabilidad frente a la enfermedad mental y su relación con el riesgo social, es investigado por el o la Trabajadora Social a través de visitas domiciliarias que en ocasiones es



coordinada instituciones de salud pública u organizaciones de base de la comunidad.

Luego de conocer estos elementos se ha ubicado a la familia en la que se hará el abordaje a través de la Consejería Social, la educación social para la comprensión de la enfermedad, con esto se logra entre otras cosas, sensibilizar a la familia, y hacer el seguimiento adecuado del paciente. (Ponce, 11).

3.5 Etapas de intervención del Trabajador Social ante las conductas suicidas:

1. El Trabajador Social entra en la parte preventiva del entorno familiar, que se encuentra vulnerable, y esto se expresa en la disfuncionalidad de las familias que es donde se expresa la intervención, propiamente dicha, para que la familia pueda comprender la enfermedad y tenga manejo en el paciente.

2. Establecer redes con las instituciones civiles y locales, como corresponsables de la interacción social para que también asuman su compromiso social.

3. La Investigación Social permite a la Trabajadora/or Social convertirse en experta investigadora y ubica a las familias de los pacientes, en especial a los o las que llegan, a los servicios de emergencia y consulta externa por causa de intentos de suicidio o suicidio consumado. Los pacientes llegan sin identificación, abandonados o heridos y es aquí donde el departamento de Trabajo Social cumple su tarea en base de las destrezas anotadas anteriormente; ubicar a las familias y sensibilizarles para que apoyen y acepten al paciente. (Ponce, 10).

4. De acuerdo con la Dra. Yolanda Ledesma, Trabajadora Social del CRA la psicoeducación es otra de las técnicas de las cuales



eventualmente la profesional se vale “para intervenir apropiadamente con el paciente y la familia, afectados con el episodio de la tentativa de suicidio cuya finalidad es educar al paciente y al núcleo familiar.

Se Inicia la intervención psicoeducativa, con el desarrollo de criterios básicos sobre el suicidio, la tentativa, los síntomas, y la prevención hasta llegar a la concientización de lo que implica el hecho y la aceptación de estos comportamientos, vinculados con desajustes en la salud mental, lo que implica la enfermedad y la falta de control de impulsos; aceptación que implica conllevar a un futuro tratamiento el mismo que será desarrollado mediante un trabajo multidisciplinario...”Para iniciar el tratamiento, el Psicólogo Clínico interviene directamente en la terapia familiar; luego el análisis de una Trabajadora Social en el ámbito psicosocial interaccionar, a continuación con la participación de un Orientador Familiar y finalmente el análisis de un Psiquiatra especializado en la temática, Estos profesionales trabajan incorporando la visión multidisciplinaria empleando técnicas de la psicoeducación en un estudio psicodinámico”. (Entrevista, Dra Yolanda Ledesma).

3.6 El Trabajador Social: Modelo de intervencion en crisis

En cualquier situación de crisis, sea circunstancial o vital, nos sentimos más frágiles, pero al mismo tiempo se puede convertir en un trampolín para crecer. En la adversidad el sujeto se hace más receptivo al cambio y a la toma de decisiones, y es por esto que es necesario conocer cómo actuar para disminuir la angustia del consultante.

En el amplio espectro de actuación en los comportamientos suicidas nos situamos en los que acuden a una sala de Urgencia Psiquiátrica o a un Centro de Atención Primaria o a los propios Servicios Telefónicos de Urgencia. La característica común es que solamente se va



a realizar una sola intervención y lo fundamental es que se pueda contener la vivencia suicida, posibilitar un tratamiento convencional posterior (psicoterapéutico o/y farmacológico) y en todo caso facilitar al usuario la posibilidad de exteriorizar su deseo de muerte y la comprensión de su comportamiento suicida. (Rocamora,7).

¿Qué es una crisis? Según Slaidkeu es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo de abordar situaciones particulares y utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado positivo o negativo.

Cuando se habla de estado temporal de trastorno, hace referencia a un tiempo aproximado de seis meses a un año de dificultad, debido a que toda crisis tiene un principio y tiene un fin. En este momento de crisis, el individuo experimenta una incapacidad para resolver sus problemas y maneja las mismas estrategias que ha utilizado siempre para resolver conflictos, sabiendo que éstas son ineficaces, pues tendrá que buscar nuevas destrezas para afrontar sus problemas.

Según el Diccionario de Pedagogía y Psicología indica que una Crisis es un —Estado de desequilibrio psicológico repentino tan grave que impide el normal funcionamiento del individuo o la familia. Y una Crisis Vital es el —Acontecimiento previsible de la vida o coyuntura crítica que afecta a la mayoría de las personasII. (Quito, 60).

Las crisis aparecen de una manera repentina provocando una alteración psicológica en la vida del individuo llevándolo a un impedimento normal en sus relaciones familiares y sociales. (Quito,61).

Características y objetivos Toda acción dirigida a tratar la crisis debe cumplir tres condiciones: ser una intervención “in situ”, además inmediata y provocar confianza en el hombre en crisis (Caplan, 1964):



- Intervención “in situ”: la crisis debe ser tratada allí donde se produce. Sólo en casos especiales estará justificado el internamiento, pero siempre en un hospital próximo a sus familiares y amigos. De aquí, que actualmente se postule la potencialización de la asistencia domiciliaria, la creación de Centros de Salud Mental y toda aquella infraestructura asistencial que favorezca la atención de la crisis en el medio en que se produce.
- Inmediatez: la crisis hay que abordarla en el momento que se produce. Recordad lo que señalábamos antes: durante la crisis la persona experimenta una gran necesidad de ayuda y es más permeable a toda posibilidad de cambio y modificación. Toda crisis que se enquistada dificulta una solución positiva. No se puede abordar un problema con tres meses de retraso con respecto al momento que se produjo. Por esto, Fromm-Reichmann (1977) comenta lo positivo que es facilitar la verbalización de la experiencia traumática para que no quede en la conciencia reprimida y consecuentemente se cronifique en un estado psicopatológico.
- Expectación favorable: es sinónimo de la alta capacitación profesional de las personas que intervienen en la acción terapéutica en la crisis. Éstas, deben despertar confianza en el sujeto para que su tratamiento sea más eficaz. (Rocamora, 23).

Objetivos: en forma breve, los más significativos:

- Evitar la cronificación (Coderch, 1987) y consiguientemente eludir tratamientos más costosos o traumatizantes, como el internamiento psiquiátrico.
- Restablecer el equilibrio anterior (Slaikeu, 1996; Coderch, 1987). Es quizás una de las funciones de la intervención en crisis: lograr, al menos, el nivel de salud mental inicial. Lo que es evidente es que lo que



no se tuvo no se pudo perder, y consecuentemente, no se puede recuperar.

- Alivio inmediato de la angustia (Itzigsohn y Dasberg, 1985) a través de la explicitación y facilitación de la verbalización de sentimientos o actitudes irracionales. De esta forma, podremos neutralizar la angustia y posibilitar el cambio.
- Señalar los posibles recursos sociales e institucionales (Poveda de Agustín, 1985) principalmente a las personas en “estado grave de abandono, aislamiento y desaferentación social” (Rivas Padilla, 1980). (Rocamora, 23).

Modelos Asistenciales:

La persona es una unidad bio-psico-social. Sus necesidades también pueden estar referidas a alguna de esas áreas, y por lo tanto, la crisis puede girar en torno a la dimensión psicológica, social o biológica.

Siempre deberemos determinar qué aspecto es el prioritario en cada situación concreta. Así por ejemplo: en un intento de autolisis por intoxicación medicamentosa, en primer lugar deberemos preocuparnos de la repercusión biológica o somática de la acción (necesidad o no de lavado gástrico, etc.), posteriormente analizaremos el aspecto más psicológico (motivaciones, etc.) y por último tendremos en cuenta la influencia laboral o familiar de esa conducta suicida. La crisis se puede intervenir desde diferentes perspectivas o modelos, que podemos resumir en un triple abordaje (Campoy, 1980) 16: intervención dirigida al conflicto, a la persona en su totalidad o al sistema. Modelo orientado al conflicto La ayuda debe ser inmediata y dirigida fundamentalmente al conflicto en sí mismo; evitaremos las referencias a mecanismos inconscientes y nos preocuparemos fundamentalmente por el “aquí y ahora” y las posibles vías de solución a la “problemática actual” que ha provocado la crisis:



intoxicación medicamentosa, abandono del hogar, ruptura sentimental, etc.

Modelo orientado a la persona: En nuestra intervención nos preocuparemos por la totalidad de la persona: motivaciones, repercusión afectiva del acontecimiento, vinculaciones, etc.

Se puede intervenir con una psicoterapia de apoyo (refuerzos directos al yo) o a través de una psicoterapia focalizada en la vivencia conflictiva. En el área social, no daremos soluciones impuestas, sino que ofreceremos alternativas iluminando el camino y proporcionando las herramientas necesarias para salir de la crisis. En la crisis con predominio de la dimensión biológica no olvidaremos la incidencia psicológica y social que toda enfermedad somática comporta. (Rocamora, 23-24).

Modelo orientado al sistema (familia o pareja): Se parte de la concepción de que la crisis de un miembro de la familia es la expresión y el emergente de una estructura patológica que invade a todo el sistema familiar o de pareja, en su caso. Se considera, pues, a la familia (o a la pareja) como una unidad de salud y de enfermedad, y por lo tanto, también como una unidad para el tratamiento. (Rocamora,24).

Niveles de intervención Indistintamente del modelo de intervención que estemos realizando (referido al conflicto, a la persona en su totalidad o al sistema) y del área (biológica, psicológica o social) en la que preferentemente estemos actuando, podemos distinguir tres niveles de ayuda:

1 er Nivel de ayuda: Cronológicamente es el primer momento de nuestra intervención, que corresponde a la “fase de impacto” de la crisis, que con anterioridad hemos descrito. Dependiendo del contenido del problema primará el aspecto psicológico, social o biológico. Algunos autores (Slaikeu, 1996) lo han llamado “primera ayuda psicológica” o “ayuda de emergencia” (Madrid, 1985) caracterizándose por ser una



intervención breve (minutos-horas), cuyo primer objetivo es la contención y también, proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y vincular a la persona. en crisis con los posibles recursos de ayuda. Se puede realizar en cualquier lugar (domicilio, Centro de Salud, albergue, calle, hospital, etc.) y por cualquier agente de ayuda (padres, maestros, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, etc.

Este 1º nivel de ayuda se puede concretizar desde un apoyo farmacológico. a una “escucha activa”, pasando por proporcionar un “piso de tránsito” para pasar una noche, o una hospitalización de 24 horas.

2º Nivel de ayuda: (Terapia de crisis, según Slaikeu, 1996) “Comienza cuando termina la ayuda de emergencia... Esta intervención no se limita a restablecer el equilibrio perdido, por el impacto del suceso precipitante; intenta aprovechar la vulnerabilidad de las estructuras del sujeto, que acompaña a la crisis, para ayudar a establecer un equilibrio mejor y unas estructuras más funcionales” (Madrid, 1985) 17 . El objetivo es integrar, tras una sana elaboración de la crisis, la vivencia conflictiva a la personalidad del sujeto y favorecer al máximo el análisis y clarificación de los hechos, para que el yo salga robustecido de la propia crisis. En este sentido, la crisis debe ser trampolín para seguir madurando y para el crecimiento del propio yo. La duración es de varias semanas (10-12 semanas) y realizada por especialistas al respecto.

3 er Nivel de ayuda: En algunas ocasiones, los dos anteriores niveles de ayuda, serán suficientes para conseguir que el individuo, poniendo en marcha sus propios recursos (psicológicos, sociales, etc.) pueda conseguir una resolución positiva de la crisis. No obstante, a veces, se precisa de un tratamiento a largo plazo (psicoterapia convencional) para reforzar los logros conseguidos e impedir posibles repeticiones de la crisis. (Rocamora, 24-25).



Un modelo de intervención en la crisis (AFVA). Siguiendo el planteamiento del autor mencionado, “Toda relación terapéutica es “un encuentro en profundidad”, que pretende cambiar al consultante. La cura se produce no por lo que se dice, ni cómo se dice, sino por la misma relación en sí. Por eso, podemos afirmar, que en general no existen buenos o malos terapeutas, sino psicoterapias (el binomio terapeuta-cliente), que favorecen el crecimiento del usuario, y otras, que no lo dejan progresar.

Lo evidente es que todo encuentro terapéutico deja huella (positiva o negativa) en el consultante. Nunca nuestra acción de ayuda hacia otra persona es inocua. Aquí radica la grandeza, y también el riesgo, de la acción terapéutica. Toda persona que pide ayuda se encuentra en una encrucijada: desea cambiar (conseguir un gradiente más de autoestima o de libertad), pero, al mismo tiempo se siente inclinada a permanecer encadenada a sus angustias y temores. Paradójicamente los dos aspectos son necesarios para iniciar una relación terapéutica.” (Rocamora, 25).

Si no se produce la primera (el deseo de cambiar) no se pedirá ayuda; pero si no se da la segunda condición (la tendencia a permanecer atado a su angustia) no sería necesaria la psicoterapia (Singer, 1969). Pero al mismo tiempo, toda relación terapéutica también deja su impronta en el consejero. Éste nunca consigue una total asepsia ante la persona que ayuda. El contacto con la patología psíquica puede despertar viejos fantasmas (el miedo a la muerte, el rechazo de la sexualidad, el odio hacia la madre, etc.) que condicionará la propia relación terapéutica y en algunos casos hasta puede llegar a pervertirla. O bien, el contacto con la angustia y el sufrimiento del otro puede ser un trampolín para seguir creciendo.

En este sentido, las consultas que se realizan con un contenido suicida pueden provocar una angustia desbordante, en el terapeuta, que



bloquee toda posibilidad de ayuda. En muchas ocasiones esto se produce porque no se tienen claro los objetivos de una ayuda en una situación de crisis suicida. El tratamiento de emergencia debe procurar proporcionar un alivio inmediato de los síntomas, y evitar de esta forma la descompensación psicológica grave. No se pretende la resolución del conflicto, sino ofertar al consultante las pistas de solución a su problemática. Se intenta así un “cambio multiplicador” que sea el comienzo de una reestructuración de toda la persona. Por esto, la intervención en crisis, no debe pretender agotar todas las soluciones, sino poner en situación de encontrarlas. (Rocamora, 25).

Seguidamente vamos a describir nuestro modelo de intervención en crisis (AFVA), que en los posteriores capítulos de este libro nos servirá de guía para analizar las diversas conductas suicidas y las técnicas terapéuticas más adecuadas de intervención. Este modelo de intervención en la crisis tiene cuatro pasos:

1. Acoger: Los primeros momentos de intervención en crisis son fundamentales y van a condicionar el resto de la acción terapéutica, por esto, es necesario hacer una buena acogida a la persona en crisis para posibilitar un resultado exitoso de la misma. He aquí algunas de las características especiales de la ayuda en una situación de crisis:

a) Facilitar la verbalización del problema: durante la crisis el sujeto, generalmente, expone con claridad su problema. No obstante, en ocasiones la persona en crisis puede sentirse bloqueada y con gran dificultad para poner palabras a lo que le está pasando. Por esto, debemos respetar su ritmo de exposición, y debemos evitar las preguntas marginales o accesorias e intentar que concrete el motivo de su angustia. Tampoco es conveniente realizar “preguntas cerradas” pues favorecería las respuestas con monosílabos.



b) Huir de los estereotipos: “esto pasará pronto”, “al parecer no sufrió”, etc. Cuando el dolor está a flor de piel estas palabras suenan a huecas y sin sentido, y en ocasiones se pueden vivir como un ataque.

c) Favorecer una transferencia positiva: es imprescindible posibilitar un clima de confianza que de

seguridad al consultante y posibilite la búsqueda de una buena salida de la crisis.

d) Primacía del contacto físico sobre la palabra: ante el llanto desgarrador de la madre que ha enterrado a su hijo, fallecido en un atentado terrorista, o los gritos de reproche del marido cuando le

comunican la muerte de su mujer en un accidente aéreo, solamente podemos dar un abrazo o un fuerte apretón de manos como transmitiendo nuestra solidaridad y nuestro dolor compartido. Aquí sobran las palabras, las explicaciones o el buscar culpables ante tanta tragedia. Estar ahí, con la persona que sufre, es la única manera que tenemos para mitigar su dolor.

e) Primacía del “aquí y ahora”: en esos momentos de gran dolor no podemos tomar una actitud terapéutica rígida, como sería intentar descifrar el origen del sufrimiento, como lo hacemos cuando entrevistamos a una persona en nuestro despacho, tras pedir hora. Por esto nuestra preocupación se debe centrar en las necesidades tanto físicas como psíquicas de ese instante: ofrecer una tila o uncafé, buscar un analgésico para el dolor de cabeza o posibilitar la exteriorización de los sentimientos más negativos: rabia, culpa, etc. Todo ello en un clima de tolerancia máxima, siempre y cuando no exista ningún peligro para algunas de las víctimas. Sería un error intentar “psicologizar” esa situación buscando una explicación del sufrimiento o analizando el tipo de vinculación entre los familiares o su resolución del Edipo, por ejemplo. El sufrimiento está ahí y el ayudador está para contenerlo y en todo caso



intentar canalizarlo, para que las consecuencias sean las mínimas. No olvidemos que las víctimas necesitan ayuda, pero eso no significa que sean enfermos mentales.

f) La importancia de la contención: entendida como un medio para evitar la descompensación del sujeto o la caída al vacío; y esto se consigue, no con soluciones fáciles, sino con una actitud cálida, comprensiva y firme que provoque seguridad en el cliente. Pero además, esa actitud contenedora no debe provocar la toma de decisiones aceleradas, que lo único que refleja es la inseguridad del ayudador.

g) La crisis del ayudador: si verdaderamente queremos ayudar a una persona en una situación en crisis debemos conectar con su inseguridad y angustia desde nuestra propia inseguridad, olvidando nuestros dogmatismo y rigidez de criterios, y entrar en un proceso de cambio para que el otro también cambie.

h) El encuadre no tiene límites espaciales ni temporales: nuestra ayuda en las situaciones de crisis no tiene ningún condicionamiento temporal (puede durar minutos, horas o días) y además se puede realizar en el hospital, en su domicilio o en cualquier otro lugar.

i) La comunicación verbal debe ser breve: nuestras intervenciones serán cortas y concisas con mensajes claros. Y en algunos casos habrá que consignarlo en un papel (dirección del hospital, el número de urgencias, etc.) para evitar olvidos o confusión en la víctima.

2. Focalizar el problema:

a) Clarificación y confrontación: Coderch (1987) señala que la confrontación y la clarificación son las herramientas terapéuticas de elección en la intervención en crisis y rara vez deben ser utilizadas las interpretaciones y nunca las interpretaciones transferenciales. Ambas intervenciones se sitúan al nivel consciente o pre-consciente.



b) Delimitación del problema (García-Campayo et al., 2006): ¿cuál es el problema? ¿cuándo ocurre?

¿dónde ocurre? ¿quién está involucrado? Habría que analizar la cadena causal del problema si lo hubiera; es decir, intentar identificar cuál es el problema inicial. No sirve generalizaciones, como por ejemplo “me siento mal con mi familia”.

c) Fragmentación del problema: Los problemas complejos se debe formular de forma sencilla, si el usuario no es capaz de hacerlo habrá que preguntarle por lo que más le angustia en el momento actual.

3. Valorar la gravedad:

En la intervención en crisis, la exploración clínica debe ser breve, inmediata y centrada en las posibilidades y limitaciones del consultante para superar la situación crítica. Así, pues, el terapeuta deberá evaluar (Rubin Wainrib y Bloch, 2001):

- El riesgo real de realizar el suicidio.
- Su comportamiento en situaciones anteriores parecidas.
- Sus recursos personales psicológicos y su situación grupal: estructura familiar y social.
- También sus limitaciones: sus deficiencias personales psicológicas (rasgos de personalidad, patología psiquiátrica, etc.).
- La posibilidad de un tratamiento psicoterapéutico o/y farmacológico, y también si procede un internamiento psiquiátrico.



4. Actuar:

- Recursos personales, familiares y comunitarios: el terapeuta, teniendo en cuenta las posibilidades y límites del consultante y las características de la crisis, indicará las acciones más adecuadas para una resolución satisfactoria.

- Derivación al especialista o internamiento psiquiátrico: en algunos casos la acción de ayuda finalizará con la intervención en crisis, pero generalmente será preciso iniciar un tratamiento

psicoterapéutico convencional o farmacológico y en ocasiones más graves no se puede descartar un ingreso hospitalario.

- Seguimiento: es aconsejable el establecimiento de algunas entrevistas de seguimiento para valorar la situación emocional del consultante. (Rocamora, 26-28).

3.7 Alternativas y destrezas operativas que debe manejar el o la Trabajadora Social para la Prevención del Suicidio

Existen muchas alternativas y destrezas para prevenir el suicidio o las conductas suicidas. El trabajo Multidisciplinario es la alternativa principal que incorpora el o la Trabajadora Social. El punto de partida a tenerse en cuenta desde la visión multidisciplinaria es que una gran cantidad de suicidios se pueden evitar con la intervención conjunta entre profesionales (médicos, psicólogos, psiquiatras trabajadores sociales, orientadores familiares), con el esfuerzo conjunto se podrá prevenir el suicidio especialmente en la Adolescencia; en donde él o la Trabajadora Social cumple la tarea de dinamizar el trabajo del equipo multidisciplinario. (Campos, Padilla, Valerio, 30).

Prevención Primaria: Mediante esta prevención primaria, se plantea reducir la tasa de incidencia o probabilidad de aparición de un



determinando problema que afecta a toda una sociedad, atacando las causas identificadas del mismo, antes que esta pueda llegar a producirse.

Los esfuerzos se dirigen a transformar el entorno de riesgo, así como a reforzar las habilidades de los individuos para afrontar adecuadamente la prevención. El sistema educativo, permite establecer alternativas para mejorar dichas habilidades, por ejemplo; talleres, conferencias o reflexiones referentes a un determinado tema, presentados en un formato que sea entendible para los adolescentes, sin quitar la esencia del marco referencial acerca de los riesgos del suicidio, permitirá prevenir comportamientos alterados o impropios de la adolescencia.

Es significativo determinar funciones específicas en las entidades que se encargan de crear programas para la prevención primaria, en las que hagan las revisiones y correcciones oportunas, para capacitar al personal, de los centros educativos en los cuales interactúan estudiantes y profesores; complementariamente, profesionales de otras áreas como es el caso de, Trabajadores Sociales, Psicólogos y Orientadores Familiares, aunarán esfuerzos con los encargados de los departamentos psicopedagógicos, consejería y bienestar estudiantil, para trazar las líneas de acción para la prevención.

De acuerdo con King citado por los autores; Ana Chávez, Marisol Cortes, Claudia Hermosillo y Miriam Medida plantean las siguientes alternativas;

1. Es importante que en la educación que reciben de los profesores requiere contener un manual de instrucción con temas relacionados con los tópicos de suicidio en la adolescencia con el fin que ellos se empoderen de esta problemática y puedan ayudar a sus alumnos que tengan conductas suicidas..



2. Es significativo hacer una selección pertinente del equipo de trabajo para el programa de prevención del suicidio; deben buscarse profesionales que tengan una opinión objetiva acerca del suicidio y apertura para discutir con los individuos acerca de las ideaciones suicidas.

3. Se pueden detectar y canalizar a los adolescentes en riesgo de conductas suicidas mediante orientadores que pueden ser; Profesores, Trabajador Social, Orientador Familiar o Psicólogos.

4. Se debe involucrar a todos los miembros de la comunidad estudiantil y hacerlos conscientes de el suicidio en niños y adolescentes si existe, es un problema de salud pública y deben prepararse para poder intervenir sobre este fenómeno social.

5. Los orientadores y profesionales de la salud mental deben estar capacitados para abordar conductas suicidas desde la realidad específica de las diferentes comunidades y centros educativos.

6. Los profesionales involucrados en el tema, tienen el deber de dar apoyo a los profesores en los programas de prevención; esto debe plantearse de dos formas:

a) Calificar las formas en que los adolescentes muestren apertura con los maestros y;

b) Ayudar a controlar su estrés y la condición en que enfrentan las situaciones que se presenten; en este sentido el profesional se convierte en el punto de apoyo más importante del educador.



7. Una función fundamental para el profesional involucrado, es capacitar a los profesores/as sobre la magnitud y situación del suicidio en niños y adolescentes, destacando la necesidad de una educación continua en los programas de formación y centrándose en la naturaleza del suicidio. (Hernández, Villanueva, Hermosillo y Medida, 11-12).

Prevención secundaria: “plantea reducir la tasa de prevalencia de un determinado problema, los esfuerzos se dirigen a asegurar una identificación precoz del problema, una intervención rápida y eficaz, para hacer una adecuada prevención secundaria, lo primero es realizar un estudio en aquellas poblaciones que se consideren con alto riesgo; por tanto antes que estas situaciones se presenten se recomienda tomar medidas, como mantener en observación a las personas con perfiles de riesgos, y estar alerta a cualquier señal o indicativo”.(Hernández, Villanueva, Hermosillo y Medida,12-13)

Prevención terciaria: Su objetivo principal es reducir los efectos o las secuelas de un determinado problema, tratando de evitar que reaparezcan, los esfuerzos se dirigen a promover programas de rehabilitación para quienes han sido afectados por el suicidio.

Si se toma en cuenta que la prevención terciaria implica la atención individual, cuando ya se presentó el problema y se realizó un diagnóstico, entonces la obligación de quien ha detectado el problema es canalizar a la persona con un profesional, en el caso de niños y adolescentes es importante que se hable a los padres o tutores acerca de la gravedad del problema, alentarlos que busquen la ayuda adecuada.

Se debe informar al adolescente de la importancia que tiene el que asista regularmente a su tratamiento psicológico y si, es necesario, tomar tratamiento médico, psicosocial, ya que cualquier fenómeno social requiere una intervención interdisciplinaria o multidisciplinaria. Otro modelo de salud pública propone cuatro pasos (Satcher, 1998):



1. Definir el problema.
2. Identificar los factores de riesgo y los factores de protección.
3. Crear estrategias y desarrollarlas.
4. Realizar intervenciones.

Estas técnicas pueden realizarse de manera simultánea para poder reforzar los programas de prevención que se vayan creando; es decir, si se hace constantemente una evaluación de la intervención puede detectarse nuevas necesidades y actualizar las técnicas que se utilicen en los diferentes programas.

Concomitantemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996 propone seis pasos básicos para la prevención del suicidio:

1. Tratamiento de los trastornos mentales.
2. Control de posesión de armas de fuego.
3. Detoxificación de gas doméstico.
4. Detoxificación de combustible para automóviles.
5. Control de la disposición de sustancias tóxicas.
6. Controlar la información en los medios de comunicación.

(Hernández, Villanueva, Hermosillo y Medida, 13-14).

Estrategias de Intervención Frente al Suicidio en la Adolescencia

Es importante plantear estrategias desde entorno escolar, que es donde se desarrollan mayoritariamente los adolescentes; en tal



consideración, posibilitar que estas estrategias sirvan o sean más útiles para la prevenir el suicidio, partiendo de la capacitación de los actores de esta problemática; estudiantes, educadores, orientadores, padres de familia.

Eva Dumon y Gwendolyn Portzky proponen las siguientes estrategias para prevenir el suicidio:

3.7.1 Estrategia 1: “Escuelas Saludables”.

Todos los centros educativos, deberían tener estrategias para tener “Escuelas Saludables” que incluyan estrategias dirigidas a la promoción de la Salud mental, y destinadas a obtener un cuidado extra para los estudiantes y profesores en riesgo de problemas mentales.

1. se debe Incrementar la resiliencia emocional y reducir la vulnerabilidad a problemas de salud mental mediante el desarrollo de habilidades personales, autoestima, estrategias de adaptación, habilidades de resolución de problemas y autoayuda. Por ejemplo, desarrollando formación en habilidades para estudiantes.

2.- Apoyar la seguridad escolar, reducir el acoso, invertir en la salud mental, apoyar la seguridad en los centros educativos y construir un clima en el que se pueda hablar sobre tópicos tales como; la depresión, el miedo o el estrés y como saber afrontarlos.

3. Promover y supervisar la salud mental de los profesores y otros trabajadores de los centros educativos.

4. Aplicar iniciativas dirigidas a prevenir y manejar la conducta suicida en el lugar de trabajo.



5. Involucrar a Padres y a Servicios de Salud Mental, con la finalidad que los centros educativos establezcan buenas relaciones con comunidades relevantes y con responsables externos al ambiente escolar. Aquí se puede realizar escuelas para padres, para concientizar así como fortalecer el vínculo familiar.

3.7.2 Estrategia 2: “Desarrollo de Programas Escolares de Prevención”.

Una vez establecida la política de salud escolar, los centros educativos, pueden hacer uso de estos programas de prevención existentes con el objetivo de promover la salud mental y prevenir el suicidio en todos los centros educativos.

A continuación se presentan cuatro tipos de programas de prevención:

1) Programas de Psicoeducación: Los programas de Psicoeducación tienen como objetivo, mejorar los conocimientos y cambiar las actitudes de los estudiantes, en lo que respecta a los problemas de salud mental y la conducta suicida.

2) Programas de desarrollo de habilidades: Tienen como objetivo la mejora de habilidades sociales de los estudiantes, como por ejemplo, mejorar los factores protectores de la conducta de suicidio en los estudiantes, como es el caso de la autoestima, la capacidad de afrontamiento, habilidades para la resolución de problemas, habilidades en la toma de decisiones y la disposición o voluntad para abrirse, comunicar y dar a conocer información sobre sí mismo a otras personas.

3) Entrenamiento de los responsables: Este programa es similar a los programas de entrenamiento en habilidades, pero tiene en



cuenta a compañeros líderes, con el fin de capacitar a compañeros para que esto se constituya en el soporte y ayuda a otros compañeros que han sufrido intentos de suicidio o tienen una conducta similar. Esta es una estrategia eficaz, ya que los jóvenes a menudo buscan ayuda en su red social que más habitualmente son como ellos (los pares). Esta estrategia fomentará la adopción de normas de resistencia que positiven los ambientes escolares adversos. (Gould et al., 2003).

4) Programas de formación para orientadores, consultores escolares y profesores (gatekeepers): Los profesores y los orientadores escolares, pueden desempeñar un papel importante en la detección de personas con riesgo, y en lo referido a cuidados de salud mental de estudiantes que ha realizado un intento de suicidio.

Se ha demostrado que la formación de profesores y orientadores escolares en el reconocimiento de los factores de riesgo, de los signos de alarma de conductas suicidas, en la intervención y consulta en situaciones de crisis constituye una estrategia de prevención de suicidio eficaz; además, los profesores pueden desempeñar un importante papel en el refuerzo de factores protectores, creando un entorno de apoyo, que reduzca el umbral de la atención sanitaria para los estudiantes.

3.7.3 Estrategia 3: “Prestar especial atención al personal y los estudiantes vulnerables”.

Cuando se trabaja en salud mental en los centros educativos, es importante tener en cuenta ese grupo vulnerable, vigilar su salud y proporcionar una atención extra, mediante el desarrollo de intervenciones dirigidas y adaptadas a ese grupo de población. No obstante, estas iniciativas deben dirigirse no solo a estudiantes, sino también a profesores y otros miembros del personal de los centros educativos.



1) Para conocer dónde derivar, se recomienda que los centros educativos hagan un inventario de las iniciativas existentes (tales como grupos de apoyo local, centros de ayuda, teléfonos de ayuda o páginas web) que puedan servir de apoyo para las personas pertenecientes a los llamados grupos vulnerables.

2) Incrementar la concienciación y en algunos casos luchar contra el estigma en grupos vulnerables, mediante la formación de estudiantes, profesores y profesionales de la salud mental.

3) Tener cuidado y proporcionar un apoyo específico para los estudiantes vulnerables a través de la puesta en marcha de grupos de apoyo, promoción de líneas telefónicas específicas, formación de responsables.

3.7.4 Estrategia 4: “Restricción del acceso a métodos letales”:

Las estrategias dirigidas a restringir el acceso a métodos letales de suicidio es una de las acciones de prevención del suicidio con mayor apoyo de la evidencia para la reducción de las tasas de suicidio. Por ejemplo:

1) Restringir el acceso a los tejados y/o instalar vallas de protección en los tejados.

2) Hacer los pasillos y las escaleras lo más seguros posible.

3) Asegurar las ventanas limitando la apertura o instalando bloqueos efectivos.

4) Reducir las posibilidades de acceder a sustancias químicas o medicinas sin supervisión (por ejemplo, el laboratorio o las farmacias (Dumon, Portzky, 8-28).



TESTIMONIO UN MÉDICO PSIQUIATRA DESDE LA VISIÓN INSTITUCIONAL

Dr. Guido Pinos Abad.

20 Abril del 2016.

TRABAJO MULTIDICIPLINARIO QUE REALIZAN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO “HUMBRETO UGALDE CAMACHO” FRENTE AL SUICIDIO;

Tenemos reuniones periódicas, en las que estamos conversando siempre entre profesionales diferentes, para ver cuál es el papel, de cada profesional.

En el caso de las tentativas suicidas son emergencias, depende un poco de que, o que hora llega por ejemplo, en la noche solo está el médico residente no tenemos otro profesional a esa hora, el tiene que atenderlo, hacer la investigación inicial, la historia clínica básica, con los datos, de como por ejemplo, la motivación del suicidio como lo hizo, que mecanismos utilizo, o no fue intento, o tomo pastillas o veneno, o un tipo de insecticida, tratamos de investigar eso.

Aquí la primera emergencia es la preocupación física de nosotros, en lo físico ya que hay personas que han tomado veneno y son muy potentes, entonces tenemos que hacer que el paciente sea visto en emergencia, de un hospital en este caso en el hospital Vicente Coral Moscoso, en este caso que está muy cerca de nuestra institución, para ellos hagan la evaluación por ejemplo, a nivel del estomago del esófago, por lo que necesitan posiblemente un lavado gastico, esos los primeros cuidados, que seria los primeros cuidados físicos.



Inmediatamente que se supere esta etapa pasamos a los cuidados, psicológicos, emergentes, entonces, la persona que le entrevista como digo generalmente, es el médico residente, de emergencias el que examina o ve si es necesario, eyectarle un tipo de medicamento que logre que paciente entre en calma, esa es una tarea fundamental en esas primeras horas, vemos si el paciente necesita ser hospitalizado o no, puede volver a su casa, ahí, por ejemplo, un hecho fundamental es evaluar la familia, ahí viene un elemento de **Trabajo Social**, porque si hay familia preocupada que está en el eterno que puede cuidarlo, y posiblemente es mejor que vaya a su casa, pero si la familia está ausente, son personas que viven solas, sus familias están en otro lado, posiblemente es necesario hospitalizarlos.

La **Trabajadora Social** empieza aproximarse, al grupo familiar, para evaluar cuales son las condiciones, que siente del intento del suicidio, o del suicidio ya realizado, cual es su respuesta hay familias, que están muy agresivas o muy angustiadas. A menudo ellos también necesitan atención, con medicamentos eso es un momento inicial, hay que darles información por ejemplo que, que vamos hacer con el paciente no siempre en toda **tentativa de suicidio** suelen ser ingresados, debe ver, una información es básicamente, el Trabajo Social que da la información, el primer acercamiento informativo, acerca de cuáles son los problemas, que posiblemente desencadenaron, al menos al conflictos familiares que hicieron que finalmente la persona decida, intentar acabar con su vida, entonces digamos que ese es el primer acercamiento de Trabajo Social.



Investigar a la familiar ver su situación, cual es su reacción, hay personas que están muy ansiosas y angustiadas, y hay otras que se molestan, están irritadas, molestan con el paciente que intento acabar con su vida. Y otras que son apáticas e indiferentes, entonces hay que ver cuáles son los impactos en la familia, y se va programando una investigación posterior, que sería investigación más familiar, indagar si hay un conflicto, que posiblemente esta desencadenando, el cuadro del intento suicidio.

El **Psicólogo** a su vez que le paciente paso, la crisis de las 24 horas, empieza su evaluación más en profundidad, evaluar la personalidad , evaluar si habido depresión, si habido ansiedad, el experto mas profundiza en el estado emocional del paciente, en una vez que los tres ya tiene sus primeros acercamientos, el equipo se reúne para intercambiar información, de todo lo que se conoce, como está físicamente el paciente, como está el ambiente, educacional, ocupacional, estudiantil, todos los factores, para planificar un intervención.

Mediante que ya se tiene el diagnostico claro, por ejemplo, puede haber un **suicidio** con depresión, habla que tratar su conducta suicidad mas su depresión, que está abordando, en otros casos en cambio, los pacientes están con ideas, delirantes, son psicóticos por ejemplo creen o escuchan voces que les dicen, que se maten por ejemplo, son alteraciones mentales diferentes. Por eso hay que programar el tratamiento adecuado para lograr que se supere ese cuadro, y el paciente más calmado puede ir superando.

Se tiene la etapa segunda de planificación, para intervención más estable, y luego viene la etapa tercera en el cual el paciente, tiende y es trabajo psicoterapéuticamente, viene la psicoterapia individual.



Para lograr que el paciente supere su etapa inicial, con **la familia** para que tenga información sobre qué puede hacer, con familiar, tratar si se amerita un trabajo más en profundidad, para que actitudes de la familia estén perjudicando al paciente, y de ahí viene la etapa tercera que es el retorno a la casa, hay que prepararlo poco para que la familia este pendiente de él no incurra, en algunas cosas negativas porque a menudo se da, que hay familias que siempre, empiezan a criticarlo mucho, porque quieres acabar con tu vida, que haz hecho, porque tratas de perjudicarnos, hay gente que piensa más en si mismo que en paciente, todos esos perjuicios hay que tratarlos de combatirlos, no siempre se logra por la interrelación corta, por distintas formas de personalidad.

Esquema emergente, esquema medio, y de intervención el paciente suele estar un par de semana hospitalizado al menos que haya un problema mental muy grave, y luego viene el cuadro ambulatorio ya cuando el paciente está en la casa, ya esta insertado en su hogar, y entonces habrá que trabajar en los dos frentes, familiar, y personal, porque la familia debe ser el apoyo fundamental, se interviene mediante la psicoeducación, y si tiene una enfermedad hay que explicarles, de que trata cada enfermedad, y educarles que deben tomar medicamentos, para ayudarlo a superar esta enfermedad. También hay profesionales como en lo nutricional como está el estado físico, educativo, terapia ocupacional, actividades físicas.

LA INTERVENCION Y EL SEGUIMIENTO FRENTE A LA TENTATIVA DEL SUICIDIO.

Como **Médico Psiquiatra** seria dos condiciones, la primera la evaluación mental, se hace entrevistas con los pacientes en los



cuales, se investiga cual es su estado de conciencia, como esta en lo emocional, como esta en su forma de pensar.

Por ejemplo una pregunta, clave que piensa usted se encanto, a veces la persona dicen, no hay otra manera quiero acabar con mi vida, no me siento satisfecho con mi vida, y muchos cambian en cuestión de horas, hice mal no estaba bien, me enoje y por eso, busque acabar con mi vida, pero ahora estoy bien ya entendí que fue un error de mi parte, hay persona que dicen, yo simplemente por mi parte quería llamar la atención, y que me atiendan mejor.

A veces hay personas, que intentan, llamar la atención toman venenos muy fuerte y mueren, eso es lo grave, recuerdo una chica, de 14 o 15 años que se enoja con su novio, y quiso llamar la atención a sus padres, tomo algo de fosforo y finalmente murió, a los pocos días llorando porque no quería morir, simplemente buscaba más atención, quería castigar a la familia porque sentía que no le han atendido adecuadamente.

Se debe estudiar la motivación porque intento suicidarse, tenemos que diagnosticar otras enfermedades, por ejemplo como que sea consumidor, de drogas tenga, depresión, psicosis, tenga una enfermedad que le afecta o le hace demasiado impulsivo, personas que tienen esa tendencia que cuando tienen pequeños problemas, en seguida explotan y actúan de manera autodestructiva, como en este caso.

Se tienen que hacer todo ese diagnostico, y tercero se debe dar medicamento inicial, siempre los pacientes en las primeros minutos en las primeras horas, esta, en una crisis muy fuerte, llora descontroladamente, está muy angustiado, siente que se va a morir, quiere morir, preferirnos darle un medicamento sedante,



que le permita descansar algunas horas, generalmente son sedantes que la permita que la persona duerma de 4 a 6 horas.

Luego de 6 horas hay que evaluar como esta, a veces necesita mantenerle con los tranquilizante 24 horas o 48 horas, se lo tiene bajo sedación con esta tranquilización, química durante el periodo necesario. Una vez que se supero la etapa critica el paciente ya se calma se puede hablar y profundizar más, y ver que terapia se podría recomendar, ya que generalmente cuando ya se piensa en una terapia se va donde el **Psicólogo** ya que él es, el experto en eso, y de otro lado hay que dar información a la familia, la familia siempre está esperando, para se les informe que paso, que ocurrió que hacemos, hay que saber dar información empezar la psicoeducación.

Porque paso el cuadro del **intento del suicidio**, averiguar que saben ellos, a veces ellos saben muchas cosas que posiblemente el paciente no nos dijo, habrá que investigar eso, investigar que detalles hay, si han habido otros intentos posiblemente.

Por ejemplo hemos visto casos que se han estado cortándose los brazos, durante meses a veces, se tienen una serie de cicatrices y después intentan, una cosa más agresiva por ejemplo ahorcarse, o tomar medicamentos fuertes, una vez que no habido ningún apoyo familiar, luego cuando ya contamos con la trabajadora social, ya está incorporada ella profundizara ese trabajo, con la familia, con una parte del diagnostico y del tratamiento. La mayor frecuencia de intentos de suicidio se da en las horas de la noche. El médico residente es quien, atiende al paciente por primera instancia, entrevista, ve una emergencia que



no puede manejar al paciente, nos llama si podemos conversar a veces venir a ver al paciente.

La emergencia primera es tranquilizar al paciente con medicamentos, esa es la emergencia que siempre se le hace por la crisis, que está muy fuerte es un paciente que no conversa, que no habla mayor mente, mas casi la familia es la que más nos cuenta algo, en ese tipo de etapa, cuando ya esta mas calmadito, después de 24 o 48 horas. El psicólogo, trabajador social, tienen espacio para trabajar mejor.

SEGUIMIENTO:

Luego que paciente es dado de alta se recomienda, dice la norma internacionales que más o menos, durante un año esta persona debería ser evaluada y re valuada, porque una persona, que intento matarse una vez, lo puede hacer otra vez, cuando tenga un problema parecido, sobretodo el primer es un periodo muy peligroso, todavía la situación persiste, la familia no cambia, el mismo no cambia, entonces la terapia no la una mayor modificación, en estas situaciones entonces se recomiendan sesiones, periódicas se hace generalmente, el primer mes se le ve cada 15 días al paciente, luego se le ve mensualmente, a menos que amerite una terapia muy intensiva, muy continuada, y hacerle de sesiones de orientación familiar, elementos de control tratamos, que una vez diagnosticado el tema, y entendemos cual fue la mecánica por el paciente, **intento suicidarse**, abra que hacer una terapia que el paciente, contra su impulsibilidad.

Porque, se da es muy impulsivo, controle su impulsibilidad tratar de pulir, o forma de razonar sobre el tema, por ejemplo, aquí tenemos muchos que hemos visto que el paciente, intenta matarse porque por razones sentimentales, por ejemplo jóvenes, que



perdieron su enamorada chicas que fueron engañadas por su enamorado, entonces esa infidelidad provoco crisis, tenemos que lograr que esa persona madure, un poco, que aprenda auto controlarse, que no incurra en nuevo acto suicida.

En algunas vez que se repitió esto, o si la familia es el problema, hay que intentar modificar los cambios, por ejemplo hay una técnica que se llama de las emociones, hay familias en las cuales hay mucho comentario negativo, que los padres son muy criticones, y difíciles.

Tenemos que lograr que ellos aprendan a controlar, toda esa expresión negativa se podría decir, porque eso provoca reacciones de irritación, aveces contra ellos o a veces contra sí mismo, y pueden llegar al suicidio. Todo este trabajo se lo lleva en el seguimiento durante este año posterior.

A veces se necesitan hacer grupos de intervención, o psicoeducativos, para estos casos. Lo que se tiene es grupos para paciente de depresión. Pero también en estos casos se puede hacer, tenemos grupos, para pacientes adictos o para familiares de adictos. Ellos tienen que entender la enfermedad lo que está pasando. Y saber qué hacer en emergencia, hay que seguir con esta situación pero es clave, que el tratamiento acaba cuando el paciente sale, lo que se puede entender que está estable pero cualquier rato puede parecer, el tema y nuevo darse un intento de suicidio más grave lograr un cambio toma su tiempo.

ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EL SUICIDIO:

Bueno eso es un tema muy complicado, porque el suicidio tiene causas múltiples, y cuales son la causas la personalidad de quien intenta suicidarse, puede ser una persona muy emotiva muy emocional, como decíamos muy impulsiva, trabajar sobre esas personas, el otro tema es a nivel familiar, como lograr que la familia



entre en cohesión y comunicación, que la persona se sienta apoyada en su entorno cuando tenga problemas, pequeños cosas tan elementales, hemos visto jóvenes que quería intentar suicidarse.

Porque alguien saca malas notas en su colegio, tenían, temor que le castiguen y eso provocó que el intente matarse. Son cosas que se debería aprender manejar desde la familia y desde las mismas personas, que intenta suicidarse, sabes que la depresión está asociada al suicidio, tendríamos que preparar prepararnos para poder reconocer, la depresión.

La familia los profesionales deberían aprender, a reconocer la depresión, hablo de psicólogos médicos, trabajadores sociales, educadores, deberían conocer que su estudiante está con una depresión, que síntomas tiene. Entonces deberíamos tener una preparación, de los factores que están predisponiendo la conducta suicida. Aprender conductas que llamamos de asertividad, aprender a vivir con un problema y poder superarlo por ejemplo, habíamos planteado un módulo en los centros educativos, colegios, universidad por ejemplo, sobre el manejo racional de problemas, todos tenemos problemas en algún momento de nuestra vida, problemas, pequeños grandes, y no tenemos un esquema de cómo afrontar, simplemente nos sentimos derrotados, en angustia en importancia, ante las dificultades.

Un estudiante que no puede estudiar matemáticas, y no tiene buenas notas, otro que tiene dificultades para hacer amigos, otra persona que empieza a tomar alcohol, estando en su adolescencias personas que sufren maltrato, por ejemplo el maltrato contra el adolescente, contra el niño contra la mujer, son cuestiones que están en el fondo, la persona, debería aprender que hacer ante estos problemas por ejemplo, yo veo en mi consulta mujeres víctimas de violencia, mujeres que están haciendo



maltratadas 15 o 20 años, y no saben qué hacer eso demuestra que ellas, no tienen la capacidad, para sentarse a pensar bueno, que puedo hacer pero hay mecanismos para buscar defensa.

Apoyo por lo pronto escuchar como una noticia nueva ellas no sabías que podían, vivir sin violencia no les había ocurrido eso, entonces se debería tener un cierto entrenamiento, para la dificultades tenemos dificultades y debemos buscar soluciones, no simplemente acostumbrarnos a vivir con un problema. Eso se puede trabajar en módulos de ocho horas, con estudiantes para que aprendan a tener cierta actividad un poquito más firme, más adecuada para sus dificultades. Se debería trabajar especialmente en la adolescencia para que esta persona tenga estrategias para afrontar roces, dificultades que en su vida habrá.

Estas Estrategias para prevenir el suicidio son fundamentales para ponerlas en práctica desde la perspectiva de las distintas profesiones, especialmente con el trabajo multidisciplinario, en que el profesional del Trabajo Social interviene.

Como se ha visto en este capítulo se abordó la intervención del Trabajador Social frente al suicidio en la adolescencia, el trabajo multidisciplinario, es la estrategia más significativa que se plantea en esta suerte de intervención multicausal, donde la función de los distintos profesionales se suman para tratar el suicidio o las conductas suicidas.

Las alternativas y estrategias propuestas en esta investigación se pretenden, sirvan de herramientas fundamentales para prevenir el suicidio en la adolescencia y sus secuelas tanto personales, familiares y sociales.



CONCLUSIONES:

Después de haber desarrollado la presente investigación bibliográfica sobre el tema “Estrategias de intervención del Trabajador Social frente suicidio en la Adolescencia” se puede concluir que:

- ✓ El suicidio, es un acto en el cual un individuo atenta contra su bienestar, intentando dar término a su vida de forma voluntaria, con el fin de escapar de problemas o situaciones adversas o de cambios inesperados, que encuentra el individuo en su interacción social. En el intento o la consumación de este acto intervienen ideas y hechos, que han sido desarrollados a lo largo de la presente monografía.
- ✓ El suicidio se lo conceptualizo de diversas formas, pero el rasgo común es el hecho de pretender quitarse la vida este enfoque se lo planteo desde una perspectiva histórica, esto es, desde la antigüedad hasta la actualidad. Varios han sido los mecanismos o formas de quitarse la vida; la muerte considerada como un escape de todos los problemas que se presenta a lo largo de la existencia.
- ✓ El suicidio en la adolescencia es un problema de salud pública, que afecta principalmente a los adolescentes, siendo considerado la tercera causa de muerte en este grupo etario a nivel mundial.



- ✓ En actualidad se ha incrementado el suicidio en todos los niveles etarios siendo en la adolescencia donde más se refleja esta problemática debido a las complicaciones que tiene esta etapa de la vida, que genera depresión, estrés, bajo autoestima, angustia e inseguridad por la propia dinámica de la sociedad actual.
- ✓ el suicidio es considerado una de las principales causas de muerte en el Ecuador; la segunda causa de muerte de adolescentes, de entre los 12 y 17 años de edad; el abuso sexual, los conflictos con los padres, la ansiedad por la identidad sexual, los embarazos no deseados, el aislamiento social y la migración son, entre otras, las causas principales que conllevan al suicidio en las y los adolescentes de este país.
- ✓ Es substancial tener en cuenta que los factores que conlleva a la conducta suicida son los; individuales, familiares y sociales, pero mediante mecanismos de prevención se puede disminuir el suicidio, detentando a tiempo la conducta suicida en la adolescencia.
- ✓ La intervención de los profesionales del trabajo social frente al Suicidio en la adolescencia, se puede realizar mediante el trabajo multidisciplinario, que es el desarrollado en líneas anteriores; que se caracteriza por la participación conjunta de distintos profesionales que utilizan como propuesta el modelo psicoeducativo.



- ✓ También un modelo de intervención del Trabajador Social es la intervención de crisis que permite abordar el problema en el momento que se produce. Ya que durante la crisis la persona experimenta una gran necesidad de ayuda y es más permeable a toda posibilidad de cambio y modificación.
- ✓ Finalmente se puede decir que, una gran cantidad de suicidios se pueden evitar con la intervención conjunta entre profesionales; médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, orientadores familiares, con la intervención conjunta de estos profesionales se puede prevenir y tratar el suicidio en la Adolescencia de una manera efectiva.

Es factible prevenir y tratar las conductas y los hechos suicidas, utilizando alternativas y estrategias, desde la visión multidisciplinaria en la cual el trabajo social, cumple la función de dinamizador de un trabajo en el cual los profesionales que intervienen aportan con sus conocimientos y técnicas en los diferentes momentos del tratamiento.

El o la Trabajadora Social prioriza su trabajo profesional caracterizando y definiendo los problemas sociales; lo que posibilita una intervención adecuada, en la sociedad, donde promueve cambios, y la solución de problemas en las relaciones humanas, por lo tanto, el Trabajo Social interviene en los factores en lo que interactúan las personas en relación con su entorno social y familiar.



RECOMENDACIONES:

- ✓ La problemática del suicidio en la adolescencia debe ser abordada con profundidad, desde diferentes perspectivas para elaborar un programa de prevención y capacitación para las familias con la finalidad de prevenir el suicidio y fortalecer los vínculos familiares, uno de los factores que conlleva al suicidio es el familiar.

- ✓ El suicidio es considerado una de las principales causas de muerte en los adolescentes, por lo que se debe plantear estrategias de intervención enfocadas dirigidas a la promoción de la Salud mental, y destinadas a obtener un cuidado extra para los estudiantes y profesores en riesgo de problemas mentales. También desarrollo de programas escolares de prevención, sobre todo prestar especial atención a los estudiantes vulnerables estableciendo las estrategias dirigidas para restringir el acceso a métodos letales de suicidio. Esta es una de las acciones de prevención del suicidio con mayor efectividad para la reducción de las tasas de suicidio.

- ✓ Educar a los adolescentes y a sus familias mediante charlas y talleres acerca de los factores de riesgo que conlleva la conducta suicidad, así se debe realizar un manual, para fortalecer las emociones y ser capaces de sobrellevar los cambios que se producen durante la etapa de la adolescencia.



BIBLIOGRAFIA

- Abner. Pensamientos suicidas en la edad adulta. NewYork, 2006.
- Acero, Paulo y Sergio Perez . Suicidio como prevenirlo y como ayudar a los sobrevivientes. . Bogota: San pablo, 2013.
- Agencia publica de noticias del Ecuador. “El suicidio es una de las primeras quince causas de muerte en el Ecuador”. . Acceso: 13 marzo 2016. 10 de Septiembre de 2012. 13 de Marzo de 2016 <<http://www.andes.info.ec/es/judicial/6239.html>>.
- Barón Olga. Adolescencia y suicidio. Barranquilla Colombia, 2000.
- Campos , Mauricio, Susana Padilla y Juan Valerio. Prevención del suicidio en adolescentes. Costa Rica, 2004.
- Castro , Galia. Suicidio en adolescentes. Mexico, 2011.
- Chavez , Ana . Prevencion del suicidio en jóvenes, salvando vidas. . Mexico: Trillas , 2008.
- Dumon, Eva y Gwendolyn Portzky . Directrices de actuación para la prevención, Intervención y postvención del suicidio en el entorno escolar. Europa Belgica, 2014.
- Ecuavisa. “Suicidio, una de las principales causas de muerte de adolescentes”. . 19 de Junio de 2012. 13 de Marzo de 2016 <<http://www.ecuavisa.com/noticias/nacionales/50800-suicidios-una-de-las-principales-causas-de-muerte-de-adolescentes.html>>.
- El diario de chihuahua. “El suicidio infantil”. 2 de Enero de 2012. 12 de Marzo de 2016



<<http://secvicontralaviolencia.blogspot.com/2012/01/el-suicidio-infantil.html>. >.

Facts for Families – Spanish. “El suicidio en los adolescentes”. 2014. 3 de Marzo de 2016
<http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/El-Suicidio-en-los-Adolescentes-010.aspx>.

Gerali , Steven. Que hacer cuando los adolescentes se deprimen y contemplan el suicidio. s.f.

Gutierrez , Fidel de la Garza. Suicidio medidas preventivas. Mexico: trillas, 2008.

Maldonado , Gustavo. El suicidio. . Puebla Mexico, s.f.

Montaño,Whiska. “Clasificacion de los grupos etarios”. s.f. 12 de Marzo de 2016 <<https://es.scribd.com/doc/154781665/CLASIFICACION-DE-LOS-GRUPOS-ETARIOS-docx#scribd>>.

Monografias 27 de febrero del 2016.
<http://www.monografias.com/trabajos15/conducta-suicida/conducta-suicida.shtml#ixzz4DS0VzdCO>

Moya , Josep. La conducta suicida en adolescentes. Sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. . Barcelona, 2007.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 2014. 13 de Marzo de 2016
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf. >.

Perez, Sergio. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Cuba, 2000.

Pierre , Morron. El suicidio. Mexico Cruz O.S.A , 1992.



Pineda , Susana y Aliño Miriam. El concepto de la adolescencia. . Habana Cuba , 2005.

Piensa soluciones Psicología. 27 de febrero de 2016.
<https://piensasolucionesenpsicologia.wordpress.com/2012/02/27/como-hablar-con-una-persona-suicida/>.

Ponce , Lilia. Experiencias de Trabajo Social en el equipo multidisciplinario de salud mental - Hospital V. Larco Herrera. . Lima Perú, 2009.

Quito, Vanesa. : “Análisis Sistémico Estructural de las Familias con un miembro con ideación y/o intento de suicidio. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2011.

Rocamora, Alejandro. Intervencion en crisis en las conductas suicidas. Editorial desclée de brouwer, s.a., 2013.

Soler , Pere y Josep Cascon. Recomenaciones terapéuticas en los transtornos mentales. . 2000.